

**SISTEMAS DE SALUD EN
PAÍSES FEDERALES
BRASIL, CANADÁ Y MÉXICO**

Lic. Mónica Levcovich

Lic. Ana Rita Díaz Muñoz

Lic. Laura Rosalía Lima Quintana

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro reconocimiento a la Fundación Sanatorio Güemes por sumarnos a la propuesta de pensar el sistema de salud argentino, recuperando para su análisis distintas experiencias internacionales. Al Dr. Mario Lugones nuestro agradecimiento especial por brindarnos este espacio y por su constante confianza en nuestro aporte en este campo. Las inquietudes compartidas y el intercambio de ideas ha sido una renovada motivación para seguir explorando las claves del funcionamiento de los sistemas de salud y de los procesos de cambios en los casos analizados.

Nuestro agradecimiento también a los colegas y profesionales de la salud de distintos ámbitos y latitudes con los que tenemos el privilegio de compartir nuestras inquietudes, del aporte de ellos se nutre nuestro trabajo.

ÍNDICE

PRÓLOGO

LAS FORMAS FEDERALES EN BRASIL, CANADÁ Y MÉXICO

Federalismo brasileño

Federalismo canadiense

Federalismo mexicano

SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

Demografía y economía

Antecedentes

Organización del sistema

Descentralización

Participación social

Regulación y control

Recursos físicos

Recursos humanos

Cobertura

Financiamiento

Gasto en salud

Modalidades de pago

Acceso y utilización de servicios

Percepción de los ciudadanos

Resultados

Perspectivas y desafíos

EL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ

Contexto político e institucional

Demografía y economía

La organización del sistema

Antecedentes y cambios recientes

El rol del gobierno nacional

El rol de los gobiernos provinciales y de los territorios

Recursos físicos y humanos

Formación y distribución de los recursos humanos

Cobertura

Financiamiento

Gasto

Provisión de servicios y modalidad de pago

Modalidad de pago por tipo de oferente

Resultados del sistema

Indicadores de salud, principales desigualdades

Percepción de los ciudadanos

Acceso a los servicios

Perspectivas y desafíos (futuro)

SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

Características generales del sistema de salud y su contexto

Demografía y economía

Organización del sistema, antecedentes, regulación, centralización – descentralización

Recursos físicos y humanos

Cobertura, financiamiento y gasto

Cobertura

Financiamiento

Gasto

Provisión de servicios y modalidad de pago

Resultados del sistema

Percepción de los ciudadanos

Perspectivas y desafíos (futuro)

REFLEXIONES FINALES

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

LISTADO DE SIGLAS

PRÓLOGO

Por Federico Tobar

¿En qué medida la ingeniería política de un país afecta las formas producir salud?

Interpretamos que este es el problema de investigación que aborda el libro *Sistemas de Salud en Países Federales: Brasil, Canadá y México*, de Mónica Levcovich, Ana Rita Díaz Muñoz y Laura Rosalía Lima Quintana. Los resultados del análisis no solo contribuyen a entender la dinámica de los países involucrados en el estudio, también arroja luz sobre los dilemas de otros dos países de la región cuyo carácter federal resultó menos convincente: Argentina y Venezuela.

Las autoras señalan, inmediatamente en el inicio del libro, la diferencia genética en las lógicas por las cuales los países arriban a una conformación federal, distinguiendo la decisión de “ir juntos” de “manteniéndose juntos”. Infiero que mientras el primer camino configura un tipo de unión motivada por la búsqueda de un destino mejor, la segunda surge como una alternativa democrática para evitar la desintegración. Es decir, para evitar un destino peor (no los une el amor sino el espanto, diría Borges). Canadá y México habrían seguido el primer camino, así como el conocido caso de los Estados Unidos de Norteamérica. Mientras que Brasil habría optado por la segunda vía.

Considero que Argentina y Venezuela forman parte de una tercera categoría de caminos hacia el federalismo al cual podríamos tildar del recorrido “inconcluso” donde las banderas federales son arrebatadas por actores unitarios que súbitamente travisten sus discursos pero sin la convicción suficiente. No es casualidad que los casos mencionados sean los únicos países que se declaran federales pero no están integrados por estados sino por provincias. En su ensayo titulado “la redención de las provincias” y escrito en 1931 José Ortega y Gasset explicaba que la etimología del término provincia deriva del latín *pro vinci* que significa vencido¹. Las provincias se configuran como unidades jurisdiccionales doblegadas a la fuerza por un poder central y no como pares que delegan poder en aras de un destino que sería mejor si los encuentra unidos.

En un trabajo anterior he postulado que el Federalismo de América Latina ha tendido a seguir trayectos que lo diferencian mucho del de Estados Unidos, del esquema canadiense o del modelo alemán². Se repite en la región rasgos de aquel “federalismo centralista”, en el cual si por un lado se concedió autonomía a las jurisdicciones anexadas (*pro vinci*), por el otro se las limita fuertemente, como a un pájaro enjaulado al que se deja en libertad luego de cortarle las alas. Dicho de otro modo, es muy difícil encontrar en los países de América Latina señales de aquel contrato voluntario entre partes que resultan jurídicamente libres e iguales luego de la disolución de un poder monárquico. Ni hay señales, en ese caso, de esa estrategia centrífuga, insinuada por Locke y Tocqueville, como un freno a la omnipotencia de la autoridad central para garantizar que el *Leviatan* no se vuelva *dictator*.

Pero enfoquémonos en los sistemas de salud, ya que es la preocupación de este libro (y seguramente también del lector). Que un país adopte la forma federal en su constitución política no significa necesariamente que haya asumido una configuración de federalismo sanitario.

Federalismo es una forma de organización del Estado que supone la existencia de al menos dos órdenes territoriales de gobierno (los estados federados y el estado central) que asumen distintas responsabilidades, atribuciones y recursos. Al hablar de gobierno se entiende que involucra entidades políticas con cierta autonomía. En el esquema federal, la soberanía original reside en los estados federados, que conservan todas las atribuciones no delegadas al poder central.

Todos los países, ya sean unitarios o federales, enfrentan en determinado nivel del desarrollo de sus sistemas de salud la necesidad de transferir ciertas cuotas de poder y decisión desde el centro hacia las instancias locales. La descentralización es un imperativo identificado y analizado por la teoría política aun cuando no configura uno de sus temas favoritos³. Es que el poder se ejerce delegando, pero a nadie le gusta desprenderse de él.

Entonces descentralización y federalismo no son sinónimos. Incluso a través de un estudio cuantitativo que operacionaliza los niveles de descentralización en cuarenta y cinco países se verificó que los presupuestos locales no necesariamente son mayores en los países federales.

¿A qué llamamos entonces “federalismo sanitario”? A una forma de coordinación de las respuestas que se instrumentan frente a los problemas de salud en un país que se estructura sobre la búsqueda de la participación y el equilibrio de sus jurisdicciones. En otras palabras, así como la coordinación interjurisdiccional es un requisito del funcionamiento del federalismo⁴, la equidad constituye un requisito del funcionamiento del federalismo sanitario⁵.

La preocupación intrínseca de los sistemas federales en salud es cómo lograr un desarrollo equitativo de su sistema de salud en términos territoriales. En otros términos, cómo corregir desigualdades territoriales en el acceso, financiación y resultados de salud de la población. La coordinación interjurisdiccional es la coordinación de los cinco roles del Estado en salud (informar, regular, normatizar, proveer y financiar)⁶ pero en particular del último de ellos (los presupuestos sanitarios). Tarde o temprano todos los países federales enfrentan el dilema de cómo promover una coparticipación federal de los recursos financieros sanitarios, así como de establecer normas y criterios para el desarrollo de las inversiones en tecnología e infraestructura y el reclutamiento y remuneración del personal de salud.

Pero hace falta enfatizar que no es el carácter federal el que promueve esa búsqueda de la equidad en salud. Tal vez incluso el orden causal es el inverso y ha sido la búsqueda de la equidad la que condujo al orden federal. Para que el federalismo sanitario se haga efectivo hace falta que exista voluntad política para encontrar mejores formas de división interjurisdiccional de las funciones sanitarias. De la lectura de este libro de Mónica Levcovich, Ana Rita Díaz Muñoz y Laura Lima Quintana se desprende que en los tres países analizados si bien el carácter federal de sus constituciones actúa como un condicionante, podría afirmarse que la presencia y protagonismo de la salud dentro de la agenda pública es un determinante de los arreglos institucionales y las formas de producir salud.

Este libro evidencia que el tema de la coordinación interjurisdiccional de las funciones de salud ingresa en agenda cuando se incrementa el compromiso de la esfera federal en la financiación de la salud. Esto sucedió en Canadá con la Ley de creación del sistema (*Canada Health Care Act*) en 1984. También en Brasil con la constitución de 1988 y la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y, en particular, con la creación del Presupuesto de la Seguridad Social (OSS - *Orçamento da Seguridade Social*). Luego en México a partir del año 2003 con la ley de general de Salud y la creación del Sistema de Protección Social que incorpora al Seguro Popular de Salud.

Sin embargo, cuando hay una estrategia de federalismo sanitario bien definida y exitosa, en el mediano plazo la participación de los recursos federales sobre el total de la financiación pública resulta decreciente, porque cede peso a la participación de los gobiernos subnacionales. El caso de Brasil, que se analiza en este libro, resulta bien ilustrativo porque en un primer momento del SUS el gobierno federal participa con 60% de la financiación y luego esta decrece en términos relativos pasando al 45%.

Pero el efecto más importante de este compromiso de los países por encontrar formas más adecuada de dividir el trabajo entre las jurisdicciones para producir salud es que cuando la división intergubernamental de las funciones en salud resulta adecuada, el gasto de los hogares en salud tiene que decrecer. En las Américas, con mínimas excepciones como Cuba y Costa Rica, los presupuestos de los hogares constituyen la principal fuente del gasto sanitario. De modo que podemos afirmar que una reforma de salud es adecuada si entre sus efectos se consigue que la gente esté más sana al tiempo que se reduce el gasto de los hogares en salud.

En conclusión, este libro indaga sobre los arreglos institucionales que tres países federales del continente han desarrollado para producir salud. Aunque los casos son diferentes en diversos aspectos, tienen en común el registrar un compromiso sostenido de la sociedad y del Estado para encontrar formas más adecuadas de división del trabajo entre las jurisdicciones para lograr que su población sea más sana. Las ganancias de una nueva ingeniería política del sector salud se deben medir en términos de: a) las conquistas generales en los resultados de salud de la población del país en su conjunto, b) la reducción en las brechas de la financiación, el acceso y los resultados de salud entre las diferentes unidades territoriales y gubernamentales que configuran la federación y c) la reducción del gasto de los hogares en salud.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo analizar la orientación de la política sanitaria y de las relaciones institucionales entre el gobierno nacional y los gobiernos sub-nacionales asociadas al financiamiento y gestión del sector salud, en países federales con distinta historia y organización. El trabajo explora de qué manera la estructura federal influye en la configuración de sus sistemas de salud; cuáles son los acuerdos inter jurisdiccionales tendientes a paliar las desigualdades y a garantizar estándares homogéneos de calidad y qué resultados se observan en términos de distribución de recursos y estado sanitario de la población.

La elección de Brasil, Canadá y México se basa en los diversos puntos de partida y características del federalismo en estos tres países, así como en la evolución de sus sistemas de salud.

La motivación que guió esta investigación fue aportar elementos de reflexión para la comprensión de los problemas y generación de propuestas en relación con el sistema de salud argentino, uno de cuyos rasgos distintivos es su carácter federal. Precisamente, en la base de su configuración, altamente fragmentada y desigual, se encuentra el hecho de que las provincias –preexistentes a la Nación– no hubieran delegado en el gobierno federal la responsabilidad por la atención de la salud de la población.

En virtud de estos propósitos, el documento cuenta con cinco capítulos. En el primero se presenta una breve referencia a los atributos de la forma federal de gobierno y se caracteriza el federalismo de los tres países seleccionados.

Los tres capítulos siguientes contienen la descripción de los sistemas de salud de Brasil, México y Canadá con una cobertura temática similar que incluye el contexto y los aspectos demográficos; antecedentes y organización del sistema; cobertura, financiamiento y gasto; instituciones de regulación, control y participación social; percepción de los usuarios y resultados del sistema. La vinculación de estos aspectos con la naturaleza federal de los países es una mirada que cruza transversalmente la presentación.

El quinto capítulo incluye algunas reflexiones finales que surgen de la lectura conjunta de los tres sistemas de salud tratando de resaltar condiciones semejantes y singulares más relevantes para comprender el sendero recorrido por los sistemas y su situación actual.

LAS FORMAS FEDERALES EN BRASIL, CANADÁ Y MÉXICO

Las formas federales de gobierno surgen de la reunión de unidades territoriales previamente soberanas o bien de la cesión de autonomía a los gobiernos regionales en esquemas de gobierno previamente unitarios (Leiras, 2013). Como rasgo esencial, combinan un poder central o federal con unidades regionales que comparten el gobierno de un territorio y una ciudadanía. La soberanía es compartida entre los distintos niveles de gobierno que tienen determinados grados de independencia en relación con áreas habitualmente establecidas en una constitución escrita (Woodward, 1992).

Resulta importante identificar los procesos sociales que llevan a la conformación de los estados federales. Al respecto, en la base de los distintos sistemas federales se pueden identificar dos lógicas diferentes. El federalismo que involucra la decisión del tipo *“Comming together”* (ir juntos) y el federalismo de un proceso denominado *“Holding together”* (manteniéndose juntos). En el primer tipo, distintas unidades político territoriales con autoridad política previamente existente deciden voluntariamente formar una federación, el ejemplo es el de la Constitución de los Estados Unidos de América. En el segundo tipo se trata de una decisión de compartir la autoridad política como una salida para mantenerse juntos en un marco democrático y evitar la desintegración y se señalan como casos emblemáticos los de India, Bélgica y España (Stepan, 1999). Tanto Canadá como México corresponderían a la primera categoría, en tanto en Brasil la adopción del federalismo representó la salida a la desintegración.

En los gobiernos federales la autoridad política del Estado (soberanía) y el ejercicio del poder (el gobierno) se asigna entre múltiples centros soberanos definidos geográficamente y coordinados entre sí. La consecuencia de esta pluralidad no es la extinción del poder central, sino la existencia de un gobierno nacional autónomo, mantenido voluntariamente por la unión de todos los ciudadanos para atender objetivos comunes, sin comprometer la existencia de los derechos originarios en sus territorios constitutivos y la diversidad espacial de intereses (Dias de Lima, 2006).

En relación con las características de los distintos posibles arreglos se distinguen tres tipos: el federalismo dual, el centralizado y el federalismo cooperativo. En el primero, los poderes del gobierno general y locales son ejercidos de forma separada e independiente, cada uno en las esferas que se le son propias. El segundo se refiere a la actuación de los gobiernos sub-nacionales como agentes administrativos del gobierno federal. El tercero incluye formas mixtas, caracterizadas por la acción conjunta entre las instancias de gobierno, las cuales no tienen padrones de autoridades claramente definidos y existen varias competencias gubernamentales superpuestas. Watts (1996) advierte un contrapunto entre federalismo simétrico y asimétrico, dependiendo de las condiciones sociales, económicas y culturales, de los mecanismos institucionales y la distribución de recursos financieros. Las asimetrías condicionan el poder de influencia política y las capacidades diferenciadas de las esferas de gobierno del mismo nivel. Las democracias multiculturales –con la excepción de Suiza– tienden a conformarse como federalismos asimétricos, en los que a fin de contener las múltiples naciones constituyentes unidas en el arreglo federal, se asignan diferentes competencias lingüísticas culturales y legales a los distintos estados (Stepan, 1999).

Los estados federales tienden a incorporar y dar forma, de manera bastante flexible a la combinación de dos principios básicos –autonomía e interdependencia–, distribuyendo el poder entre los entes que componen la federación. La autonomía respecto a la porción de poder original conferido a las diferentes instancias de gobierno, permitiendo el ejercicio del autogobierno; la interdependencia habla a favor de la cooperación y complementariedad entre las jurisdicciones. Estos dos principios apuntalan el pacto federativo y se expresan en las reglas institucionales, presentes en el plano más general del Estado y en el plano más particular de una política específica, en las dimensiones política, fiscal y administrativa (Dias de Lima, 2006).

Si bien la división de funciones entre niveles de gobierno está en general claramente establecida en los marcos legales, no es frecuente que esta división sea tajante y completa. A menudo los distintos niveles comparten competencias y responsabilidades, en particular en el caso de los bienes y servicios públicos (Leiras, 2013). Este es claramente el caso de la salud, tal como se observa en los tres casos que se analizan, en los que, independientemente de la organización que origina el pacto federal, los niveles centrales mantienen funciones rectoras, en resguardo de posibles desbalances internos.

Se identifican una serie de argumentos a favor de los arreglos federales por sobre las formas unitarias, entre ellos el de ser una forma de organización política que puede proteger a grupos minoritarios o naciones del poder de una autoridad central, a través de la distribución del poder entre las distintas unidades. En este sentido, sería el marco más adecuado para garantizar los derechos de ciertas naciones que buscan preservar su cultura, lengua o religión. Asimismo, en el marco federal se ampliarían las oportunidades de participación ciudadana en las decisiones, al contemplarse que ésta se dé en los distintos niveles constitutivos (federales, provincial/estadual y local/municipal).

Si bien existe un cuerpo de investigación que ha explorado la medida en que las instituciones moldean las políticas, la evidencia empírica señala que las instituciones por sí solas nunca son determinantes. Las instituciones políticas interactúan con otros factores que dan forma a las opciones de políticas que cada sociedad asume. Sin embargo las instituciones no son neutrales, e influyen en la capacidad de los distintos agentes políticos a la hora de definir alternativas de acción (Banting et al, 2002).

En este capítulo nos proponemos explorar la dimensión institucional más general en que los sistemas de salud estudiados se inscriben. Se trata de establecer las características que asume el federalismo, que delimitan las funciones entre los estados y las instituciones y que pueden impactar en las relaciones entre los agentes del sistema de salud, en cada uno de los países.

Federalismo brasileño

En Brasil, al contrario de los Estados Unidos de América, se partió de un orden centralizado, que era el Estado unitario del periodo imperial, hacia un orden federativo de división de poderes y competencias en un proceso lento y gradual que intentó una adaptación de los principios e instituciones federalistas de modo de mantener los intereses y privilegios de las elites agrarias, industriales y burocráticas que organizaron la independencia y controlaban al imperio.

Durante el periodo colonial, Brasil estaba dividido en capitanías que se transformaron en provincias en 1821; con la independencia, la Constitución de 1824 mantuvo las mismas divisiones. En 1831, D. Pedro I abdica en medio del movimiento de las elites agrarias regionales contra el excesivo centralismo del monarca y, en 1834, se creó una monarquía representativa. Adaptando principios federalistas, los Consejos Generales de las Provincias fueron sustituidos por Asambleas Legislativas garantizando a las Provincias funciones ejecutivas y legislativas.

Con la proclamación de la república en 1889, el gobierno provisorio instituyó la federación, transformando las antiguas provincias en Estados miembros y creando los Estados Unidos de Brasil.

La Constitución de 1891 establece la República Federativa como forma de gobierno y la regla de unión perpetua e indisoluble de los estados miembros, permitiendo a los entes ejercer todo y cualquier poder o derecho que no les fuera negado por cláusula expresa o implícitamente contenida en las cláusulas expresas de la constitución. De esta manera cumplió la promesa de descentralización subrayada en el lema republicano de 1870: "Centralización, desmembramiento, descentralización, unidad". Así, en contraste con otras experiencias latinoamericanas, la Constitución brasileña de 1891 permitía un alto grado de descentralización pero no llegó a elaborar disposiciones adecuadas para proteger a los estados más pobres. Por el contrario, ciertos poderes fiscales volvieron poderosos a los estados ricos y a los pobres, débiles y dependientes del gobierno federal.

Todas las constituciones brasileñas desde la de 1891 atribuyen carácter sagrado al compromiso federativo (Carmagnani, 1993).

Ya en el siglo XX, se identifican tres grandes periodos marcados por la dinámica de la tensión y distensión de los controles políticos y fiscales: el primero, de alto centralismo, característico de la fase del régimen autoritario; y el segundo, orientado hacia la descentralización y formación de un nuevo modelo federalista (años 80); y finalmente, el tercero, indefinido en cuanto al modelo de federación, pero con trazos de recentralización y ausencia marcada de mecanismos de cooperación e integración intergubernamentales, vigente en los años 90 (Dias de Lima, 2006).

Lo que distingue a la Constitución Federal de 1988 (CF 1988) de las anteriores es el empeño deliberado de hacer clara una filosofía de redemocratización que se inspira, de manera enfática, en la autonomía de la sociedad civil frente al Estado, en la construcción de una sociedad "justa y solidaria" en la reducción de las desigualdades sociales y regionales y en la erradicación de la miseria.

La importancia de los derechos y garantías fundamentales profundiza los principios anteriores, teniendo precedencia sobre el ya clásico capítulo inicial en torno a la "Organización nacional o federal".

Aunque la proliferación de derechos sociales muestra la práctica común de insertar en el texto constitucional lo que la sociedad organizada y la realidad social no consiguieron imponer por sí mismas (Carmagnani, 1993).

Desde un punto de vista político, algunos diagnósticos se concentran en las dificultades que el gobierno federal tendría, a partir de la constitución de 1988, para aprobar y ejecutar su agenda de reformas debido a la arquitectura institucional brasileña descentralizada, estadualista e incompleta" que genera multiplicidad de poderes de veto⁷.

Entre las razones que explican la restricción del poder central en Brasil se destacan la sobre representación de los estados con menor electorado tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados Federales; el amplio poder legislativo del Senado; la fragmentación y baja nacionalización de los partidos y el amplio espectro de competencias asignadas a los estados y municipios.

Cabe enfatizar que Brasil es un sistema federativo de triple soberanía, puesto que los municipios son también considerados entes federativos, reflejando una larga tradición del poder municipal y de escaso control de los estados sobre las cuestiones locales. Por lo tanto, mientras que para la mayoría de los países la división vertical de responsabilidades y recursos se establece en dos niveles –Unión y estados– en Brasil es más compleja la distribución dado que los millares de municipios tienen estatuto constitucional que los equipara a la Unión y a los Estados. La distribución de los tributos, por lo tanto, incluye diferentes relaciones: entre la Unión y los estados; entre la Unión y los municipios; entre estados y municipios.

En cuanto al sistema tributario la Constitución Federal de 1988 consolida los principales cambios efectuados durante la década de los 80:

- 1) En relación con las competencias tributarias, un importante proceso de descentralización, ampliando mucho el papel de las esferas subnacionales en la recaudación tributaria y su autonomía en la gestión de impuestos.
- 2) La bandera de la descentralización que sellaba la reivindicación del aumento de las transferencias federales sin condicionamientos en cuanto a su uso.

Aun así, la Constitución de 1988 atribuyó al gobierno federal un gran número de funciones (desde la competencia para acuñar moneda hasta la inspección del trabajo) pero asignó treinta funciones corrientes simultáneamente a los tres niveles de gobierno. Las competencias indefinidas agravan los desequilibrios fiscales y alimentan los conflictos relacionados con las capacidades para recaudar y las responsabilidades del gasto, situación que se profundiza por el tamaño del país y las disparidades económicas, sociales y políticas entre las unidades de la federación (Carmagnani, 1993).

El Fondo de Participación de los Estados (FPE) y el Fondo de Participación de los Municipios (FPM) son centrales en cuanto a la distribución de recursos de la esfera nacional a las sub-nacionales. Como base para la redistribución de los recursos para el FPE, la CF 1988 refuerza las reglas derivadas del tamaño de la población y la inversa del ingreso per cápita, vigentes desde 1965. En el caso de FPM los criterios utilizados para el reparto fueron modificados en 1981, reservando el 10% del valor líquido para las capitales, 86,4% para todos los otros municipios y el 3,6% restante compone una cuota adicional para los municipios con más de 156.216 habitantes.

No obstante, en 1989 la Ley Complementaria 62/89 definió que, del valor del FPE, el 85% debía ir para los estados de las Regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste⁸.

También se modificaron los criterios para la distribución del FPM, estableciendo porcentajes por región con la intención de evitar una multiplicación de municipios como produjo la anterior distribución de fondos a favor de los municipios pequeños⁹.

Federalismo canadiense

De manera común con otros países americanos Canadá se constituye a partir de la ocupación territorial por importantes corrientes migratorias, entre las que se distinguen por su peso y diferencias las de origen francés y de origen inglés. La supremacía militar y cultural de los ocupantes se impone frente a la población nativa, que es excluida, cuando no aniquilada¹⁰.

En el contexto de un territorio muy vasto¹¹ y condiciones climáticas muy rigurosas, lo que dificulta la ocupación, estas entidades en sí mismas débiles se enfrentan al dilema de sumarse a Estados Unidos¹² o bien intentar un camino propio bajo la protección del Imperio Británico, negociando condiciones de autonomía (que son aceptadas) y mantener los territorios. La unión entre poblaciones de origen francés e inglés, se desarrolla a partir de un muy difícil equilibrio, que se ve facilitado por ubicarse entre un poder emergente en conflicto¹³ (Estados Unidos) y uno en decadencia (Imperio Británico).

Entre 1864 y 1867 se desarrolla un proceso que deriva en la formación del “Dominio de Canadá”, compuesto por las cuatro provincias antes citadas. El Acta de 1867 daba preponderancia a los principios de unidad sobre la soberanía de las provincias. A principios del siglo XX, el Acta constitucional comenzó a sufrir cambios que enfatizaban el federalismo entendido como igualdad de las provincias con respecto al gobierno central. El sistema federal flexible de Canadá ha sido el resultado de la distribución de competencias entre el gobierno federal y las provincias que, a través del tiempo, ha alcanzado un mayor grado de descentralización entre los poderes (Jarquín Orozco, 2008).

La constitución de una organización federal está marcada por este origen de alianza entre dos culturas fuertes y diferenciadas, sin raigambre territorial previa u organización política consolidada. Si bien la condición de autonomía aparece como un requisito para hacer posible la unidad política, se encuentra limitada para evitar el conflicto interno y consolidar la federación.

Como una indicación del espíritu autónomo de las provincias, en 1995, se votó un Referéndum para la independencia de Quebec. El “no” ganó con escaso margen. Este resultado puso de manifiesto un conflicto histórico entre francoparlantes y angloparlantes.

La organización de cada provincia replica la organización política nacional, con la excepción de la cámara de senadores. Cada provincia tiene un primer ministro, un gobernador y una cámara de diputados. Los territorios tienen menos autonomía que las provincias y en la medida que crezca su población pueden convertirse en provincias.

El gobierno federal tiene como misión básica velar por el desarrollo económico del país, responsabilizarse por la defensa nacional, el comercio internacional e interprovincial, diseñar políticas de inmigración (imprescindibles para ocupar el territorio), dirigir y regular el sistema bancario y monetario, diseñar el derecho penal y legislar sobre la pesca. También maneja industrias como la aeronáutica, el transporte, los ferrocarriles, las telecomunicaciones y la energía eléctrica.

En materia de salud, el gobierno federal tiene la responsabilidad de fijar principios y objetivos del sistema de Salud definidos en el Canadian Health Act (la ley que rige las actividades del sistema), así como la transferencia de fondos a las provincias para el cumplimiento de las actividades previstas.

El nivel de gobierno federal establece los criterios y condiciones que las provincias deben cumplir para recibir los fondos federales previstos para los planes de seguro y trabaja en asociación con los gobiernos provinciales y territorios, apoyando medidas para facilitar el cumplimiento de tales objetivos, tanto en áreas directamente referidas al sistema de atención de la salud como a la salud pública en general. Además de iniciativas y actividades compartidas entre los distintos niveles de gobierno en relación con el saneamiento, educación para la salud y prevención de enfermedades infecciosas, el gobierno federal tiene un rol en actividades específicas del sistema de atención tales como la planificación de recursos humanos, la adopción de nuevas tecnologías y la atención primaria de la salud. También asume de manera directa la atención de ciertos grupos poblacionales.

Por mandato constitucional las provincias se encargan de la educación, los derechos de propiedad, los derechos civiles, la administración de justicia, el sistema hospitalario y los servicios de salud, el manejo de los recursos naturales en sus territorios, el diseño de las instituciones municipales, el seguro social, la capacitación de mano de obra, la explotación minera y la silvicultura, entre otras.

El federalismo canadiense ha sido caracterizado por la ausencia de una efectiva representación institucional de las provincias en el gobierno federal. Aparte de la tradición de representación regional en el gabinete federal y las funciones fundamentalmente simbólicas del Senado no hay un rol legalmente establecido en la formulación y aprobación de la legislación federal. Esta ausencia se suple con mecanismos intergubernamentales que se han desarrollado para intercambiar información y coordinar el diseño e implementación de políticas. Entre los mecanismos que relacionan los niveles ejecutivos federales y provinciales se encuentran las Conferencias de Primeros Ministros en la que el primer ministro federal y los primeros ministros provinciales se reúnen para discutir los asuntos priorizados de la agenda política. También se reúnen regularmente los ministros provinciales de áreas particulares, como la de salud, con el ministro federal de la respectiva área y los ministros provinciales sin el primer ministro federal. Existen además una serie de comités intergubernamentales que coordinan programas que involucran a los niveles provincial y federal, sin embargo estas instancias no logran resolver los conflictos que se plantean ni pueden imponer restricciones al poder que tienen los distintos niveles de gobierno de imponer sus agendas y decidir sobre sus fondos (Banting et al, 2002).

Federalismo mexicano

El federalismo en México tiene su origen en el regionalismo o en la tradición española luego del fracaso del intento monárquico y su evolución ha sido compleja, con enfrentamientos entre los territorios y periodos de centralismo. El acta constitutiva y la Constitución de 1824¹⁴ lograron atenuar las tensiones existentes entre las regiones y el centro al aceptar una soberanía compartida y reorganizar el espacio en 20 estados, cuatro territorios y un Distrito Federal.

Los primeros años de vigencia de la constitución se caracterizaron por la fuerte tensión entre descentralización y centralización que culmina en 1836 momento en que se intenta una reorganización de tipo centralizadora que fue vista como un atentado a las autonomías estatales y municipales.

Este intento fracasa y la Constitución de 1842 y la Reforma de 1847 refundan el federalismo consolidando la asignación a los poderes federales de la función de garantizar la libertad política en toda la República y el reconocimiento de la esfera política y administrativa de los estados.

Durante los años siguientes el poder de la federación se convirtió en un poder real a partir del ejercicio de sus competencias y los estados elaboraron sus constituciones con la intención de preservar la soberanía y defender sus poderes residuales. En muchos estados se otorgó un espacio administrativo y político a los ayuntamientos institucionalizando el poder municipal mientras que en otros se controló la autonomía municipal. Esta situación da origen a diferencias en las prácticas políticas entre los estados con grandes crisis y enfrentamientos que culminan con un nuevo acuerdo plasmado en la constitución de 1917 en la que se establece la incorporación del municipio libre, el reconocimiento del voto directo y la extensión de los derechos sociales.

Las modificaciones introducidas en este período no lograron resolver todas las tensiones existentes, políticas, sociales y económicas y se suceden oscilaciones entre el poder federal y el de los estados y se sostiene que el condicionamiento entre el gobierno federal y los estados se torna más financiero que político, a partir de los años 50 los estados y los municipios ceden competencias políticas y reciben recursos económicos.

Luego de un período centralizador, caracterizado por el crecimiento de un poder financiero federal con capacidad de imponer prácticas políticas en los estados comienzan las reacciones de los estados dando lugar a las tendencias de reformulación del federalismo que se hacen explícitas en la reforma constitucional de 1983 en la que se expanden las funciones políticas y administrativas de los municipios (Art. 115).

El federalismo mexicano es visto como un proceso de adecuación y reinención para dar respuestas a los desafíos internos y externos. Se caracteriza, por lo tanto, por las transformaciones e innovaciones que las experiencias, culturas y nuevas demandas, internas y externas impusieron en la organización política y administrativa de los estados. Actualmente México es un estado federal integrado por 32 entidades federativas (31 estados y el Distrito Federal), que son autónomas en lo que concierne a su régimen de gobierno interno. La forma de gobierno es presidencial. El supremo Poder Ejecutivo de la Unión es el presidente, quien es elegido de manera directa y por sufragio universal.

SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

Demografía y economía

Con 198 millones de personas Brasil es el cuarto país más poblado después de China, India y Estados Unidos de América¹⁵, y según su PBI –que se duplicó entre 1991 y 2008– la séptima economía del mundo¹⁶.

El país está dividido en el Distrito Federal y 26 estados, los que a su vez se agrupan en cinco grandes regiones muy desiguales. Mientras en la Región Sudeste –conformada por San Pablo, Río de Janeiro, Mina Gerais y Espírito Santo– se concentra el 42,1% de la población y el 55,4% del PBI, la Región Nordeste (constituida por 9 Estados) representa el 27,8% de la población y el 13,4% del PBI. De esta manera el PBI per cápita de la Región Sudeste es 2,7 veces el de la Región Nordeste.

Según el censo de 2010 el índice de masculinidad era de 95,95 y el 84,3% de la población estaba asentada en áreas urbanas. La población de hasta 14 años representaba el 24,1% del total, la de 14 a 59 años el 65,1% y los mayores de 60 años el 10,8%.

La situación socioeconómica de la población mejoró en los últimos años como demuestra la baja en el índice de pobreza de 68% en 1970 a 31% en 2008 y el mejoramiento del coeficiente de Gini que, a pesar de ser uno de los más altos del mundo, también disminuyó al pasar del 0,637 al 0,547, entre 1991 y 2008.

También mejoraron las condiciones de infraestructura básica y en 2007 el 93% de los hogares disponían de agua corriente, el 60% tenían acceso a alcantarillas y la mayoría a la electricidad (Paim et al, 2011).

En el ranking elaborado por PNUD según el Índice de Desarrollo Humano, Brasil se ubica en el lugar 85 entre los países considerados de alto desarrollo humano. De acuerdo al cálculo del desarrollo humano municipal (DHM), el 74% de los municipios se agrupan en los niveles alto y medio y el 25% se concentra en las categorías bajas y muy bajas. Cabe señalar que en 1991 el 85,8% de los municipios se consideraba dentro de la valoración de muy bajo desarrollo humano mientras que en 2010 sólo está en esta condición el 0,6%.

En las Regiones Sur y Sudeste prevalecen los municipios con alto DHM (65% y 52% respectivamente), en las Regiones Centro Oeste y Norte son mayoría los municipios con DHM medio (57% y 50%) y en la Región Nordeste el 61% reviste en el grupo de bajo DHM.

Antecedentes

La nueva constitución de 1988 establece que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado e instituye un sistema único de salud a ser financiado con recursos del presupuesto de la Seguridad Social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes. Posteriormente se dicta la Ley N°8.080 del 19/9/90 que en su artículo 2 amplía el concepto al plantear que “el deber del Estado de garantizar la salud consiste en la formulación y ejecución de políticas económicas y sociales que tiendan a reducir los riesgos de enfermedades y otras lesiones y en el establecimiento de condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario a las acciones y los servicios para su promoción, protección y recuperación”.

Antes de la creación del Sistema Único de Salud – SUS, el Ministerio de la Salud (MS), con el apoyo de los estados y municipios, desarrollaba, casi exclusivamente, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con énfasis en las campañas de vacunación y control de endemias, orientadas a toda la población.

En cambio, la asistencia médico hospitalaria no se consideraba un derecho y estaba dirigida a la población definida como indigente, por algunos municipios y estados y sobre todo, por instituciones de carácter filantrópico. El MS actuaba únicamente a través de pocos hospitales especializados en los campos de la psiquiatría y tuberculosis, además de la acción de la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública – FSESP, en algunas regiones específicas, con especial importancia en el interior del norte y nordeste.

Los planes médicos del sector privado se basaron en la fundación de las Santas Casas de Misericordia, instituciones vinculadas a la Iglesia Católica con un fuerte vínculo con las acciones caritativas y filantrópicas. Inicialmente, solo internaban a las personas con varios tipos de enfermedades, menos las infectocontagiosas.

Las Santas Casas actuaron como principales prestadoras de servicios hospitalarios en el país, desde el período colonial, continuando durante la época del Imperio y la República Vieja, y extendiéndose hasta el Estado Nuevo, en la primera mitad del siglo XX.

En Brasil, las oportunidades de explotar económicamente la asistencia a la salud surgieron en la década del 30, y crecieron a fines de la década del 50. En dicha oportunidad, las instituciones hospitalarias privadas se consolidaron como las principales prestadoras de servicios a la clase media emergente (ANS).

La gran actuación del poder público en ese campo se hacía a través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) que posteriormente pasó a llamarse Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social –INAMPS, ente autárquico del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social. Este último tenía la responsabilidad de dar asistencia a la salud de sus asociados, lo que justificaba la construcción de grandes unidades de atención ambulatoria y hospitalaria, así como de contratación de servicios privados en los grandes centros urbanos, donde estaba la mayoría de sus beneficiarios.

La asistencia a la salud desarrollada por el INAMPS beneficiaba sólo a los trabajadores de la economía formal, inscritos en nómina, y sus dependientes, es decir, no tenía un carácter universal que es uno de los principios fundamentales del SUS. Así pues, el INAMPS aplicaba en los estados, por medio de sus Superintendencias Regionales, recursos para la asistencia a la salud de forma más o menos proporcional al volumen de recursos recaudados y de los beneficiarios existentes. Esto beneficiaba a aquellos estados con economía más desarrollada y con mayor presencia de relaciones formales de trabajo¹⁷. En esa época, los brasileños, con relación a la asistencia a la salud estaban divididos en tres categorías:

- Los que podían pagar por los servicios.
- Los que tenían derecho a la asistencia prestada por el INAMPS.
- Los que no tenían ningún derecho.

Los recursos transferidos se utilizaban para costear las unidades propias del INAMPS (ambulatorios de asistencia médica y hospitales) y sobre todo, para la compra de servicios de prestadores privados. Más tarde, en la década de los ochenta comienza a “comprar” servicios del sector público (redes de unidades de las Secretarías de Salud de los Estados y Municipios), inicialmente a través de convenios. También en esa época, pasa a dar a los trabajadores rurales un tratamiento equivalente a aquel prestado a los trabajadores urbanos. Esa medida significó una gran mejora de las condiciones de acceso de dicha población a los servicios de salud.

El financiamiento del MS y del INAMPS, históricamente, fue bastante desigual en el gasto federal en salud: “entre 1980 y 1986 el tesoro tuvo una participación relativa creciente, aunque nunca superior a 32,1% cayendo, en 1987, a 27,1%”. Así, convivían dos sistemas con coberturas muy diferenciadas tanto en términos del tipo de asistencia de salud prestada a la población cuanto en lo que se refiere a su financiamiento (Mendes Santo et al, 2011).

Al final de la década de los ochenta el INAMPS adopta una serie de medidas que lo aproximan a una cobertura universal, proceso que culminó con la institución del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud – SUDS, puesto en marcha a través de la realización de convenios entre el INAMPS y los Gobiernos de los Estados.

Así pues, se observa que empieza a construirse en Brasil un sistema de salud con tendencia a la cobertura universal, antes de la aprobación de la Ley 8.080, que instituyó el SUS. Por un lado, motivado por la creciente crisis de financiamiento del modelo de asistencia médica de la Seguridad Social y por otro, por la gran movilización política de los trabajadores de la salud, de centros universitarios y de sectores organizados de la sociedad, que constituían lo que en aquel entonces se llamaba “Movimiento de la Reforma Sanitaria”, dentro del contexto de la democratización del país.

Organización del sistema

A mediados de los 80 Brasil se embarcó en una ambiciosa reforma que cambió la estructura, organización y financiamiento del sector salud. La primera onda de reforma (1984–89) se centró en la reestructuración institucional, descentralización al nivel estatal y establecimiento de mecanismos para la participación social, con derecho universal a la atención de la salud como el más saliente valor del sistema. La segunda onda (1990–95) enfatizó la consolidación de la unificación del sistema, municipalización de la responsabilidad por los servicios e implementación de los mecanismos financieros para la asignación de fondos federales. La tercera onda, comenzada en 1996, intentó reorientar el modelo de atención de la salud hacia la atención básica, separación institucional de roles, promulgar cambios legales y regulatorios, e introducir mecanismos alternativos de asignación de recursos para apoyar la atención básica. Regulaciones recientes sugieren el comienzo de una cuarta onda orientada a profundizar el foco en los resultados en las relaciones federal–subnacional (La Forgia et al, 2008).

La Constitución de 1988 establece que el acceso a los servicios del SUS es universal, integral y gratuito y los brasileños tienen derecho a todo el cuidado que necesitan. Define al SUS como el principal proveedor de servicios de salud para los brasileños y limita el sector privado –financiado privadamente– a un rol suplementario marginal.

El SUS puede ser caracterizado por la descentralización a los gobiernos municipales y, en menor medida, los gobiernos estatales, de la organización y producción de servicios, financiamiento público de los servicios entregados por los proveedores públicos y privados; uso de transferencias federales para cofinanciar la provisión de la atención en los niveles sub–nacionales y mecanismos formalizados de participación social (La Forgia et al, 2008).

La reforma de los 80 y 90 fue un proceso que redefinió las responsabilidades dejando el sistema de coordinación y formulación de políticas mayormente en el Ministerio de Salud, aunque las secretarías municipales y estatales cumplen el papel de detallar y adaptar las políticas federales.

También la regulación es una función primaria del gobierno federal pero los estados y municipios complementan y adaptan las regulaciones federales y pueden desarrollar regulaciones locales. Las organizaciones privadas –asociaciones profesionales, de hospitales o seguros– tradicionalmente jugaron un papel en la autorregulación de sus áreas de interés, pero raramente el estado reconoce el rol regulador del sector privado.

Por su parte, la función de financiamiento público está dispersa entre varios organismos de gobierno. El Ministerio de Finanzas recauda los impuestos federales y las contribuciones de la seguridad social y el MS asigna y distribuye los fondos federales. El MS también es responsable de reembolsar a los seguros privados y planes prepagos. Los gobiernos estatales y municipales recaudan sus propios ingresos por impuestos y los asignan a la atención de la salud a través de sus secretarías de salud. También reciben transferencias federales. Estos recursos se integran en fondos de salud de cada nivel.

La función de provisión de servicios se distribuye entre estados y municipios en general de acuerdo al nivel de complejidad. Los MS y de Educación tienen algunos hospitales, en general universitarios de referencia (G.La Forgia et al, 2008).

La autonomía de los entes federados debe ser compatible con una gestión compartida y colaborativa a fin de construir una red jerarquizada en la que cada nivel jurisdiccional tenga su responsabilidad pero a la vez se garantice a la población el acceso a toda la oferta de servicios. Esto supone la construcción de espacios permanentes de cogestión solidaria y cooperativa (mediante negociación y consenso) y la implementación de instrumentos para la resolución de problemas comunes a la región.

Descentralización

La descentralización del sistema de salud está incorporada desde el inicio de la configuración del SUS. En la Constitución Federal de 1988 se establece que “las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: 1. descentralización, con dirección en cada esfera de gobierno; 2. atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales; 3. participación de la comunidad.”

La Ley de Salud 8080 define las competencias y atribuciones de cada nivel jurisdiccional asignando a la dirección estadual del SUS la de “promover la descentralización para los municipios de los servicios y acciones de salud; acompañar, controlar y evaluar las redes jerarquizadas del SUS; prestar apoyo técnico y financiero a los Municipios y ejecutar de manera complementaria acciones y servicios de salud...”.

Por su parte a la dirección municipal del SUS le compete, entre otras funciones:

- 1) Planificar, organizar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud y gestionar y ejecutar los servicios públicos de salud.
- 2) Participar en la planificación, programación y organización de la red regionalizada y jerarquizada del SUS en articulación con su dirección estadual.
- 3) Formar consorcios administrativos intermunicipales.
- 4) Gestionar laboratorios públicos de salud y hemocentros.
- 5) Celebrar contratos y convenios con entidades prestadoras de servicios privados de salud.

Esta tendencia descentralizadora se enmarca en un proceso más amplio de transición política y de reconfiguración de la Federación Brasileña, iniciado por los movimientos democráticos de la década de los ochenta y moldeado posteriormente por los programas de ajuste macroeconómico. Ese nuevo acuerdo dio más autonomía a los municipios pero también expandió los recursos y controles a nivel federal. La salud fue el único sector que implementó una descentralización radical con importante financiamiento y acciones regulatorias del gobierno federal (Paim et al, 2011).

La política descentralizadora en el área de salud contó con una fuerte inducción estratégica desde el centro, a través de la formulación e implementación de instrumentos reguladores propios – las Normas Operacionales Básicas (NOBs) de 1991/93 y 96 y las Normas Operacionales de Asistencia (NOAS) de 2001.

Simultáneamente se desarrolló una estrategia con el fin de compensar las diferencias locales, de forma de propiciar una descentralización menos heterogénea, mediante la formulación e implementación de algunos instrumentos clave incluidos en las NOBs tales como:

- a) La creación y ampliación de las funciones de los Consejos de Salud y Comisiones Intergestoras Tripartitas (CIT) y Bipartitas (CIB) que son reconocidas como foros de negociación entre gestores en relación con aspectos operacionales del SUS.
- b) La transferencia automática per cápita.
- c) Los incentivos para el desarrollo y la asunción de capacidades gestoras (D'Ávila Viana et al, 2002).

En este sentido, las NOB de 1991 y 1992 inauguran una metodología de asociar las transferencias de recursos a la estructuración institucional de las secretarías de salud, con la exigencia relativa a la existencia de planes, fondos y consejos de salud.

La NOB SUS 01/93 marca el avance de la municipalización, con la implantación del carácter automático de las transferencias intergubernamentales (fondo a fondo). En esa NOB se crean los niveles de gestión municipal y estadual –incipiente, parcial y semiplena– que atribuirían competencias y responsabilidades distintas a cada ente, que dependía del compromiso del gestor de la organización de la asistencia a la salud, medida por medio del cumplimiento de determinados parámetros preestablecidos por la norma.

Aunque muchas disposiciones no llegaron a ser implementadas, la norma elevó la tendencia del movimiento en el sentido de la municipalización de la salud, enfatizando la relación directa entre el nivel federal y el municipal. Esta situación tornó más compleja la estructura sistémica del SUS, en la medida en que no se avanzó en la implementación de atribuciones para los estados, que pasaron a disputar recursos y responsabilidades con los municipios, promoviendo el aumento de la tensión entre esas instancias gestoras.

La NOB 01/96 buscó rescatar y definir atribuciones más claras para los estados, bien mediante el fortalecimiento de las Comisiones Intergestoras Tripartita (CIT) y las Comisiones Intergestoras Bipartitas (CIB) como a través del establecimiento de la Programación Pactada e Integrada. Creó también la modalidad de “gestión plena del sistema”, por medio de la cual estados y municipios podrían obtener total autonomía en la gestión del conjunto de su sistema de salud. Los municipios también podrían optar por ser gestores plenos de la atención básica.

El proceso de descentralización de recursos prosiguió y se amplió incluyendo transferencias para acciones de vigilancia.

La mayoría de los municipios fueron habilitados en la NOB/96 en 1998. En diciembre de ese mismo año, 4597 municipios estaban habilitados en condición de gestión plena de la atención básica (83,5%) y 452 en la condición plena del sistema municipal. En diciembre de 2000, el porcentual de municipios habilitados en alguna condición de gestión en la NOB/96 llega a 99% siendo 593 municipios habilitados en la condición de gestión plena (9,5%).

Con relación a los estados, el proceso de habilitación en la NOB/96 fue más gradual, siendo que en diciembre de 2000, 4 estados estaban habilitados en gestión plena del sistema estadual (Alagoas, DF, Paraná Y Santa Catarina) y 4 en gestión avanzada del sistema estadual (Bahia, Sao Paulo, Minas Gerais y Rio Grande do Sul) (D'Ávila Viana et al, 2002).

Como consecuencia del proceso de descentralización se observó una ampliación de las transferencias de recursos del MS a los estados y municipios. En 1995 cerca del 90% de los recursos del MS eran aplicados directamente. En 2009 la participación del monto transferido a estados y municipios alcanzó el nivel de 66% de los recursos del MS. Con el crecimiento del número de municipios habilitados para la gestión plena municipal aumentó entre 1995 y 2009 la transferencia de recursos para ese nivel de gobierno con un crecimiento medio anual del 20%. La participación de esa modalidad de transferencia en el total ejecutado por el MS aumentó de 5,3% a 41,1% (Mendes Santo et al, 2011).

Concomitantemente al aumento de las transferencias fondo a fondo, hubo otras modalidades con gran especialización en el uso de cada porción del recurso federal transferido, lo que, de cierta forma, implica cierta restricción del poder de decisión de las esferas subnacionales en la definición de políticas y programas. En octubre de 2001, la transferencia de recursos federales a los estados, DF y municipios estaba siendo procesada por medio de 65 mecanismos institucionalizados predefinidos llegando a más de una centena en 2006.

Después de un proceso de discusión que duró dos años fue concebido un nuevo acuerdo entre las 3 esferas de gobierno, el Pacto para la Salud según el cual los gestores de cada nivel gubernamental asumieron compromisos mutuos sobre las metas y responsabilidades en salud. Como resultado del acuerdo las transferencias de recursos federales pasaron a ser necesariamente automáticas y ordenadas en cinco grandes bloques:

- atención básica (AB)
- atención de media y alta complejidad
- vigilancia en salud
- asistencia farmacéutica
- gestión

La transferencia de recursos para la AB es realizada por medio de los Pisos de Atención Básica (PAB) Fijo y Variable. El primero es un recurso más libre para ser utilizado en acciones básicas de salud, independiente de la forma como está organizado el modelo de atención. El PAB variable fue instituido, inicialmente, como mecanismo de incentivo a los programas de Agentes Comunitarios de Salud y de Salud de Familia. Posteriormente pasó a englobar otros incentivos para la formación de Equipos de Salud Bucal y para la formación de los Núcleos de Salud de Familia.

El bloque de Vigilancia en Salud tiene dos componentes: vigilancia epidemiológica y ambiental y de vigilancia sanitaria. El primero incluye recursos destinados a acciones de prevención y control de enfermedades y de incentivos para una serie de actividades que incluyen desde Promoción de la Salud hasta contratación de Agentes de Campo para control de endemias.

El bloque de Gestión del SUS tiene los componentes de Calificación de la Gestión (planeamiento y presupuesto, gestión del trabajo, educación en salud, etc.) y el componente de Implantación de Acciones y Servicios de Salud (centros de atención psicosocial, servicio de atención móvil de urgencia, etc.).

Puede decirse que el agrupamiento dio más coherencia y flexibilidad en el uso de los recursos transferidos (Mendes Santo et al, 2011).

Una expresión de la concreción de la municipalización de la atención de la salud es que en el relevamiento efectuado por el IBGE en 2009 de las 94070 unidades asistenciales el 55,3% eran de naturaleza jurídica pública, 95,6% de las cuales eran municipales. Sólo 1,8% correspondía al nivel federal y 2,5% al estadual.

Existe una interpretación diversa sobre el proceso de descentralización que plantea que a pesar de la intensa ampliación de competencia tributaria y de las transferencias a los estados y municipios, establecidas por la Constitución de 1988, las contribuciones sociales (impuestos para programas sociales específicos) continuaron siendo competencia exclusiva del gobierno federal. El control de la utilización de esos ingresos favoreció la concentración del poder político de la Unión y entre 1992 y 2002 se implementó una estrategia de desplazamiento de la responsabilidad sobre el gasto social hacia las esferas subnacionales que no siempre estaban en condiciones de asumir tales responsabilidades. En un contexto de restricción fiscal, el modelo de descentralización implementado en el sistema de salud sirvió más al propósito de retracción de la Unión y de contención del gasto que de su expansión como les hubiera gustado a sus ideólogos (Dias de Lima, 2006).

A pesar de que las autoridades federales de salud mencionan la compra de servicios por el municipio como uno de los logros de la descentralización, los límites del financiamiento municipal de la salud parecen ser cada vez más evidentes. Desde la toma de posesión federal de hospitales municipales en Río de Janeiro en 2005, una constante corriente de informes de prensa acerca de las malas condiciones de los hospitales municipales cuestionó la capacidad municipal para financiar y gestionar estos establecimientos. Algunos políticos y periodistas proponen la refederalización de los hospitales que habían sido descentralizados a los municipios como parte de la reforma (La Forgia et al, 2008).

Organismos de articulación gubernamental

La normativa de salud y la consecuente organización del sistema –que supone una red de atención jerarquizada– requieren la existencia de organismos que faciliten los acuerdos entre los distintos niveles jurisdiccionales responsables de la cobertura de salud de la población.

La Comisión Intergestores Tripartita (CIT) está integrada por cinco representantes del Ministerio de Salud, cinco del Consejo Nacional de secretarios Estatales de Salud (CONASS) y cinco del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). El coordinador lo define el Ministerio de Salud, funciona desde 1994.

Por su parte, la Comisión Intergestores Bipartita (CIB) está integrada por representación de la Secretaría de Estado de Salud (SES) y del Consejo Estatal de Secretarios Municipales (COSEMS) u órgano equivalente, el Secretario de Salud de la capital es miembro nato y funciona con comisiones regionales. Es por medio de esta instancia que se establecen los acuerdos entre Estados y Municipios, posibilitando que las esferas tengan autonomía de gestión al tiempo que se garantiza la cooperación y asociación. De acuerdo a la Ley 12466/ 2011, la CIB es reconocida como foro de negociación y acuerdo entre gestores en relación con los aspectos operacionales del SUS en conformidad con la definición política consustanciada en los planes de salud aprobados por los consejos de salud.

Finalmente en el interior de los Estados, en el nivel regional, existen Comisiones Intergestores Regionales (CIR) que reúnen la representación estatal y de los municipios integrantes de la región de salud. Cuando la regionalización tiene más de un nivel, como en el caso de Minas Gerais, que presenta un proceso de regionalización en dos niveles, existen además CIR ampliadas que corresponden a regiones ampliadas.

Cabe destacar el importante papel desempeñado por los consorcios en relación a la gestión del equipamiento de cobertura supramunicipal, así como el rol de las Unidades Regionales de Salud en el apoyo a la organización de las redes de atención en las regiones de salud y en el apoyo a los municipios.

Participación social

La ley 8142/90 dispone sobre la participación de la comunidad en la gestión del SUS y sobre las transferencias de recursos financieros en el área de salud. La participación popular queda garantizada por medio de entidades representativas en la formulación de las políticas de salud y del control de su ejecución en todas las esferas de gobierno.

El Consejo Nacional de Salud (CNS)¹⁸ es la instancia máxima de deliberación del Sistema Único de Salud – SUS de carácter permanente y deliberativo y tiene como misión la formulación, fiscalización, acompañamiento y monitoreo de las políticas públicas de salud. El CNS es un órgano vinculado al Ministerio de Salud compuesto por representantes de entidades y movimientos representativos de usuarios, entidades representativas de trabajadores del área de salud incluida la comunidad científica, gobierno y prestadores de servicios de salud; su presidente es elegido entre los miembros del Consejo.

Es competencia del Consejo, entre otras, aprobar el presupuesto de salud así como acompañar su ejecución. También tiene la responsabilidad de aprobar, cada cuatro años, el Plan Nacional de Salud.

En el año 2006 el Decreto 5839 estableció el proceso electoral de los miembros del CNS así como la elección de su presidente (hasta entonces ese cargo correspondía al Ministro de Salud). Además el CNS pasó a estar conformado por 48 consejeros titulares y sus respectivos primero y segundos suplentes¹⁹.

Otra institución de larga data la constituye las Conferencias de Salud²⁰ que se iniciaron hace más de 70 años, cumpliendo lo dispuesto en la Ley N°378 de 1937. La obligatoriedad de la realización de las Conferencias de Salud fue mantenida en 1990 cuando la Ley N° 8142 las consagró como instancias colegiadas de representantes de varios segmentos sociales, con la misión de evaluar y proponer directrices para la formulación de la política de salud de los niveles nacional, estatal y municipal.

También a partir de esta ley quedó establecida una periodicidad de cuatro años para la realización de las Conferencias de Salud que deberían contar con entidades ligadas al área de salud, de los gestores y de los prestadores de servicios de salud.

Convocadas por el Poder Ejecutivo o, extraordinariamente, por el Consejo de Salud, las conferencias tienen como objetivos principales evaluar la situación de salud y proponer directrices para la formulación de la política de salud en los tres niveles de gestión. Eso significa que las conferencias deben servir para orientar a los gobiernos en la elaboración de los planes de salud y en la definición de acciones que sean prioritarias en los tres ámbitos de gobierno.

En cada nueva Conferencia se comprobó un aumento importante de la participación de la sociedad civil, fenómeno que garantizaría la definición de políticas de salud cada vez más democráticas ya que constituyen foros privilegiados para que la sociedad civil pueda discutir y proponer soluciones para los problemas relacionados con la salud de la población brasileña. Asimismo, estos espacios son utilizados para fortalecer el sistema y asegurar la difusión de información en la comunidad.

Las Conferencias y sus temas

1ª CNS (1941) – Situación sanitaria y asistencial de los estados.

2ª CNS (1950) – Legislación referente a higiene y seguridad del trabajo.

3ª CNS (1963) – Descentralización en el área de salud.

4ª CNS (1967) – Recursos humanos para las actividades en salud.

5ª CNS (1975) – I. Implementación del Sistema Nacional de Salud; II. Programa de Salud Materno–Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; IV. Programa de Control de las Grandes Endemias; y V. Programa de Extensión de las Acciones de Salud de las Poblaciones Rurales.

6ª CNS (1977) – I. Situación actual del control de las grandes endemias; II. Operacionalización de los nuevos diplomas legales básicos aprobados por el gobierno federal en materia de salud; III. Interiorización de los servicios de salud; e IV. Política Nacional de Salud.

7ª CNS (1980) – Extensión de las acciones de salud por medio de los servicios básicos.

8ª CNS (1986) – I. Salud como Derecho; II. Reformulación del Sistema Nacional de Salud; e III. Financiamiento Sectorial.

9ª CNS (1992) – Municipalización es el camino.

10ª CNS (1996) I. – Salud, ciudadanía y políticas públicas; II. Gestión y organización de los servicios de salud; III. Control social en la salud; IV. Financiamiento de la salud; V. Recursos humanos para la salud; e VI. Atención integral a la salud.

11ª CNS (2000) – Efectivizando el SUS: acceso, calidad y humanización en la atención de la salud con control social.

12ª CNS (2003) – Salud: un derecho de todos y un deber del Estado. La salud que tenemos, el SUS que queremos.

13ª CNS (2007) – Salud y Calidad de Vida: Política de Estado y Desarrollo

14ª CNS (2011) – Todos usan el SUS!, SUS en la Seguridad Social – Política Pública, Patrimonio del Pueblo Brasileño

Regulación y control

Creada por la Ley N° 9782 de 1999, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es una autarquía bajo régimen especial o sea una agencia reguladora caracterizada por la independencia administrativa, la estabilidad de sus directivos durante el periodo de mandato y la autonomía financiera.

La Agencia tiene como campo de actuación no un sector específico de la economía sino todos los sectores relacionados con productos y servicios que pueden afectar la salud de la población de Brasil. Su competencia abarca tanto la regulación sanitaria como la regulación económica del mercado.

Además de la atribución regulatoria, también es responsable por la coordinación del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), de forma integrada con otros organismos públicos relacionados directa o indirectamente al sector salud. En la estructura de la administración pública federal ANVISA se encuentra vinculada al Ministerio de Salud e integra el SUS, observando sus principios y directrices.

Por su parte, La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) es la agencia reguladora vinculada al Ministerio de Salud responsable por el sector de medicina prepaga y planes de seguro de salud en Brasil. La Central de Atención al Consumidor en la Internet, el Disque-ANS, para llamadas desde Brasil, y las Unidades Descentralizadas de la ANS que se encuentran en todo el país, atienden a todos los ciudadanos en lo concerniente a los planes médicos.

La ANS fue creada a partir de un sector específico del Ministerio de Salud en enero de 2000, como instancia reguladora de un sector de la economía desprovisto de estándares de funcionamiento con la excepción del seguro de asistencia a la salud y de las aseguradoras, bajo el control económico financiero de la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP).

Recursos físicos

Según las Estadísticas de Salud Asistencia Médico Sanitaria (ESAMS) 2009 del IBGE el número de establecimientos sin internación (excluye consultorios médicos particulares) fue de 67.901, con un crecimiento de 22,7% respecto de 2005. De ese número el 69,8% corresponde al sector público. Esta proporción viene cayendo dado el mayor crecimiento de los establecimientos privados (IBGE, 2010).

Los mayores índices de crecimiento en el periodo se dieron en todas las regiones en el sector privado. En la Región Norte se verificó el mayor índice de crecimiento con 16,4% al año y un acumulado de 83,9%. El menor crecimiento se observa en la Región Centro Oeste (6,0%) seguida por la región Nordeste con 8,5%. Para el sector público los índices de crecimiento anual fueron bastante menores variando de 1,2% en la Región Norte a 4,7% en la Región Nordeste.

La misma investigación arrojó 19.294 establecimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Esos servicios casi en su totalidad privados (90,8%), vienen presentando altos índices de crecimiento con mayor intensidad en el sector público, que amplió su participación de 7,6% en 2005 a 9,2% en 2009. La Región Nordeste con 18,5% y la Sudeste con 11,9% fueron en las que se presentaron las tasas más altas de aumento en el sector público.

El sector hospitalario de Brasil consiste en 7400 hospitales con 471000 camas²¹ distribuidos en tres subsectores principales:

- *Hospitales públicos cuya propiedad y administración corresponde a las autoridades de salud federales, estaduais o municipales.* Casi todos son financiados y administrados públicamente. La mayoría (71%) son hospitales municipales y la mayoría del resto son establecimientos estaduais. El gobierno federal opera un número relativamente pequeño de hospitales a través del MS o del Ministerio de Educación.
- *Hospitales privados bajo contrato con el SUS.* Alrededor de un 70% de los establecimientos privados reciben financiamiento público. Se incluyen aquí la mayoría de los establecimientos sin fines de lucro y alrededor de la mitad de los hospitales lucrativos. Los establecimientos no lucrativos contratados por el SUS operan a través de un acuerdo conocido como "convenio" y deben ofrecer al menos el 60% de sus camas para la atención de pacientes del SUS. La mayoría de los hospitales privados que reciben financiamiento del SUS en mayor o menor medida también disponen de fondos de fuentes privadas.
- *Hospitales privados con fines de lucro y algunos no lucrativos no financiados por el SUS.* Constituyen alrededor del 20% de todos los establecimientos pero el 30% de los privados.

En suma, el sector privado, con el 65% de los hospitales y cerca del 70% de las camas, es el mayor proveedor de servicios hospitalarios en Brasil.

La mayoría de los hospitales públicos son propiedad y están operados por los municipios. El gobierno federal es responsable por sólo 147 hospitales, incluyendo grandes establecimientos destinados a la formación profesional (La Forgia et al, 2008).

Obedeciendo a una tendencia iniciada en 1999, los establecimientos con internación van disminuyendo su número debido a la desactivación de establecimientos privados. Entre 2005 y 2009 este sector perdió 392 establecimientos mientras que el sector público aumentó en 112 unidades. Esta pérdida se registró en todas las Grandes Regiones con excepción de la Región Norte (2,3% de aumento). En el sector público los mayores aumentos se verifican en la Región Norte (9,3%) y Sudeste (7,3%).

En el mismo periodo, también hubo una caída del número de camas y de la tasa de camas por 1000 habitantes, que pasó de 2,4 a 2,3. Con esa reducción solamente la Región Sur (con 2,6 por 1000 habitantes) alcanzaba valores dentro del parámetro establecido por el Ministerio de Salud entre 2,5 y 3 camas por 1000 habitantes.

Las regiones más desprovistas continuaban siendo la Región Norte (1,8 camas por 1000 habitantes) y la Nordeste (con 2 camas por 1000 habitantes). En estas regiones, el aumento de camas públicas que representan el 50% del total no alcanzó para compensar la disminución de la oferta privada y el aumento poblacional (IBGE-AMS, 2010).

Recursos humanos

La CF 1988 dio al SUS la responsabilidad de ordenar la formación de los recursos humanos en salud y la Ley de Salud 8080 en su artículo 14 establece que deberían ser creadas Comisiones Permanentes de integración entre los servicios de salud y las instituciones de enseñanza profesional y superior. Cada una de esas comisiones tendría por finalidad proponer prioridades, métodos y estrategias para la formación y educación continua de los recursos humanos del SUS en la esfera correspondiente así como en relación con la investigación y la cooperación técnica entre esas instituciones.

Se puede mencionar el Proyecto de Profesionalización de Profesionales en el Área de Enfermería que empleó 13200 enfermeros para capacitar a 230000 auxiliares de enfermería y los incentivos financieros que distribuye el Ministerio de Salud entre instituciones de educación superior que implementen modificaciones curriculares que favorezcan la atención básica²².

Respecto de la cantidad y distribución de puestos de trabajo en el sector, la investigación sobre la asistencia médico sanitaria observó que, entre 2005 y 2009, hubo un aumento de 26,9% en los puestos de trabajo de nivel superior en establecimientos de salud. Este aumento fue más acentuado en la Región Norte (42% de incremento).

Del total de estos puestos el 51,4% correspondían a la Región Sudeste; la Región Nordeste contaba con el 21,4% y la Sur con el 15,2% de estos empleos.

En 2009 el 57,6% –o sea 636.017– de los puestos de trabajo de nivel superior eran empleos médicos. Los enfermeros constituían la segunda categoría más importante (14,8%).

La distribución de los puestos médicos sigue la distribución de los de nivel superior en general²³. El sector privado oferta la mayoría de los puestos de trabajo médico, los cuales se concentran en las regiones más ricas mientras que los puestos médicos en establecimientos públicos se encuentran mayormente en las regiones menos desarrolladas.

El número de puestos de trabajo médico no acompaña la distribución poblacional ya que mientras el 23,7% de la población vivía en las capitales en 2009, el 40,2% de esos puestos se concentraba en esas jurisdicciones, situación más pronunciada en la Región Sur.

En 2010 según datos del Ministerio de Salud el promedio de médicos por 1000 habitantes en Brasil era de 1,86. La Región Sudeste contaba con 2,51 médicos por 1000 habitantes mientras que el peor indicador con 0,9 médicos por 1000 habitantes correspondía a la Región Norte seguida por la Región Nordeste con 1,09.

En los puestos de trabajo de nivel técnico predomina la enfermería (702348 puestos): 35,7% auxiliares de enfermería y 37,2% técnicos en enfermería. Entre 2005 y 2009 se observa una mejora en la calificación ya que en 2005 esa composición era de 53,4% auxiliares y 21,5% técnicos en enfermería (IBGE – AMS, 2010).

Entre 1990 y 2010 el número de enfermeros por mil habitantes había crecido en Brasil más de 650% pasando de 0,2 a 1,5, aumento mucho más significativo en la Región Norte donde superó el 1000% –de 0,1 a 1,2 enfermeros por mil habitantes. De todos modos la Región Sudeste sigue manteniendo una gran ventaja con 1,9 enfermeros por mil habitantes.

Cobertura

A pesar de la relevancia del SUS, el sistema de salud de Brasil es mixto en términos de acceso y financiamiento. Además del SUS, que es financiado integralmente por recursos públicos a través de impuestos y contribuciones, existen otras modalidades de acceso a la salud. Estas son: 1) planes y seguros privados, que son escogidos y financiados directamente por las familias o los empleados; 2) los funcionarios, trabajadores civiles y militares y sus dependientes están cubiertos por contribuciones públicas y privadas y son atendidos generalmente por la red de salud privada; y 3) los proveedores privados cuyo acceso puede ser directo.

Considerando tanto la población cubierta por planes privados de atención médica complementaria —incluyendo seguros privados— y trabajadores públicos que tienen planes privados propios, la población cubierta por el sector privado aumentó de 24,5% en 1998 a 25,9% en 2008, (C. Robles et al, 2013). Entre 1998 y 2008, según la PNAD, la población con este tipo de cobertura pasó de 39 a 49 millones de personas o 1,5% en términos relativos.

En la práctica, menos del 60% de la población, mayormente de bajos ingresos, usan los servicios financiados por el SUS como su fuente regular de atención. Muchos ciudadanos de medios y altos ingresos que están cubiertos por seguros privados utilizan ocasionalmente el SUS, particularmente para servicios de alta complejidad o servicios no cubiertos por el seguro privado (La Forgia et al, 2008).

Según la encuesta a población de CNI-IBOPE de enero de 2012, el 24% de la población brasileña posee un plan de salud o convenio; 68% tiene a la red pública como única o principal proveedora de servicios de salud y sólo un 1%, que utiliza solamente o principalmente el servicio público, tiene cobertura de plan de salud o convenio²⁴.

Finalmente, cabe mencionar el Programa de Agentes Comunitarios de Salud y el Programa Saúde da Família que está formado por equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud con el objetivo de acompañar a un número definido de familias en un área geográfica delimitada, ofrecer acceso universal a servicios exhaustivos, coordinar y expandir la cobertura para niveles de cuidado más complejos así como implementar acciones intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Paim et al, 2011). En 2008 se estimaba que el 47,7% de las familias estaba registrado en este programa, la Región Nordeste concentraba el 35,4% del total de domicilios registrados y era la región con mayor porcentaje de cobertura ya que el 64,8% de los hogares se encontraba registrado en el programa. La Región Sudeste le seguía en importancia por el número de hogares beneficiados (33,1% del total) pero éstos representaban una proporción menor del total de su población (35,9%) (IBGE, 2010).

Financiamiento

Al crear la seguridad social, la CF/88 estableció que ella debería ser financiada con recursos provenientes de los presupuestos de la Unión, los estados, el DF y los municipios y de las contribuciones sociales. Esos recursos, en el ámbito del gobierno federal, serían divididos entre el fondo de pensiones (previdencia), la asistencia social y la salud, y, en el caso de esta última, se previó, conforme consta en el Artículo 55 del Acta de Disposiciones Constitucionales Transitorias, una vinculación del 30% de los recursos del presupuesto de la seguridad social, excluido el fondo de desempleo, hasta que fuera aprobada la primera Ley de Directrices Presupuestarias. Esa ley debería definir en cada año cuál era el porcentual a ser destinado a salud.

Para algunos autores como Vianna, la inclusión del financiamiento del área de la salud en el presupuesto de la SS fue desfavorable para el sector. El porcentual de 30% no fue cumplido en 1990 y 1991 (Mendes Santo et al, 2011).

En 1993 los ingresos provenientes de las contribuciones salariales de empleados y empleadores pasan a financiar exclusivamente la seguridad social. Los cambios en las fuentes de recursos propiciaron la fragilidad financiera del MS en la década de 1990 y disminuyeron su autonomía en relación a Hacienda en el proceso de planificación y ejecución presupuestaria. Esa situación comprometió el flujo de recursos de la Unión para el financiamiento descentralizado del SUS, pues favoreció la contención del gasto federal en salud, desestimulando el proceso de descentralización de ingresos y la definición de cantidades adecuadas de recursos oriundos del presupuesto del MS a ser transferido regularmente para las esferas subnacionales (Dias de Lima, 2006).

Las contribuciones sociales desde 1997 fueron responsables por más del 70% del financiamiento del MS. Entre éstas en 1996 se creó el impuesto Contribución Provisoria sobre los Movimientos Financieros (CPMF) para financiar el área de salud. La previsión legal era que toda la recaudación se destinara al Fondo Nacional de Salud para el financiamiento de las acciones y servicios de salud. Al entrar en vigor este impuesto pasó a ser una de las principales fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud. En un principio el CPMF sirvió para estabilizar el nivel de recursos presupuestarios sólo a partir de 2004 contribuyó a elevarlos y su vigencia se extinguió en 2007 (Mendes Santo et al, 2011).

En el año 2000 la Enmienda Constitucional 29 (EC 29) estableció niveles mínimos de gasto en salud sobre los recursos propios de las instancias subnacionales, pero para la Unión no se fijó inicialmente una vinculación con el presupuesto y se observaron estrategias orientadas a dificultar esta relación (Dias de Lima, 2006).

A pesar de ello, esta enmienda garantizó mayor estabilidad y crecimiento del presupuesto del SUS en las tres esferas de gobierno y, en el ámbito federal, evitó que la extinción del CPMF en 2007 tuviese un impacto negativo en el sistema.

Aseguró la participación de las 3 esferas de gobierno en el financiamiento de las acciones y los servicios de salud, a partir de la definición de un aporte anual mínimo de recursos. En el caso de la Unión, los recursos a ser aplicados en 2000 serían el monto ejecutado en el ejercicio 1999 aumentado en un mínimo del 5%. A partir de ahí, el valor mínimo sería el determinado en el año anterior corregido por la variación nominal del PIB. Los Estados y el DF deberían aplicar como mínimo el 12% de los ingresos vinculados (recaudación de determinados impuestos y transferencias del nivel federal); mientras que los municipios deberían aplicar el 15% y en 2000 el porcentual mínimo sería de 7% (sobre recaudación de determinados impuestos y transferencias estatales).

Aparentemente, la vinculación de recursos de la EC29 garantizó un mínimo de estabilidad en el financiamiento de salud y puede decirse que trajo un aumento, sobre todo a partir de 2004 en el aporte de recursos por parte de la Unión. De cualquier forma, el mayor aumento de recursos para el SUS, como consecuencia de la EC29, vino de la ampliación de la participación de los estados y municipios en el financiamiento del SUS.

Cuando comenzó a regir la EC 29 en 2000 la Unión respondía por casi el 60% del recurso público total aplicado a salud. Desde entonces su participación fue decreciendo hasta llegar a cerca del 45% en 2010. En ese mismo periodo, entre 2000 y 2010, la participación de los estados pasó de 18,5% a 26,7%, en cuanto a los municipios pasaron de 21,7% a 28,6% de acuerdo con datos de SIOPS (Mendes Santo et al, 2011).

El gobierno federal y los gobiernos estatales han utilizado diversos mecanismos para aplicar menos de lo previsto por la Enmienda. En el caso de los estados, según análisis del SIOPS, la aplicación alcanzó el 9,6% de los ingresos vinculados cuando el mínimo debería haber sido 12%. En 2006 apenas 16 estados habían cumplido la enmienda inequívocamente.

Los municipios, básicamente todos declaran al SIOPS que cumplen con el porcentual mínimo de 15% de los ingresos. Pero el SIOPS no realiza análisis de los balances municipales como para confirmar esto (Mendes Santo et al, 2011).

Para canalizar el financiamiento a los hospitales el flujo de fondos del SUS está basado en un sistema complejo de transferencias de recursos y mecanismos de pago (ver Modalidades de pago).

Respecto de la fuente de financiamiento de los establecimientos privados en 2008 la mayoría de ellos (67,2%) señalaba al SUS, en segundo lugar aparecía el pago directo con el 42,7%, los planes de salud con el 35,5% y los planes propios en sólo el 2,8% de los establecimientos. Entre los que mencionaron al SUS como fuente de financiamiento, se observa una ligera caída, con relación a 2005, cuando representaban algo más del 70% (IBGE – AMS, 2010).

Según la encuesta a hogares del IBGE de 2008 del total de atención ambulatoria requerida por las personas, el 56,5% fue financiada por el SUS, el 26,2% por los planes de salud y el 18,7% fue pagada por los usuarios.

En particular, la participación del SUS en el financiamiento de la atención ambulatoria creció desde 1998 en que era del 49%. Ese comportamiento se verificó en todas las regiones con excepción de la Región Sur.

En el Nordeste el SUS respondió por casi el 70% de las atenciones y es la forma de pago predominante entre el 20% más pobre. Pero incluso entre el 20% de la población más rica, hubo un aumento de la participación del SUS en el pago de los servicios, de 15% en 1998 a 20% en 2008. Para ese grupo el pago en el momento de la atención aumentó 4% en el último quinquenio.

En cuanto al financiamiento de las internaciones hospitalarias, se advierte una tendencia menos marcada en el incremento de la participación del SUS en todas las regiones en la década analizada. Es importante observar que en el Nordeste la participación del SUS llega al 80% y para el conjunto de la población esa forma de pago es de casi 70%.

Entre el 20% más pobre, el SUS es la fuente predominante de pago de las internaciones pasando de 86% en 1998 a 93% en 2008. En el último quintil de ingresos, los planes de salud fueron la modalidad de pago predominante pero el porcentaje de pagos de esa fuente viene cayendo al mismo tiempo que aumenta la del SUS. Cerca del 20% de las internaciones entre los más ricos incluían desembolsos de algún valor.

Por otro lado, la participación del SUS es mucho menor de lo que se esperaría en la cuestión de la atención odontológica pero un resultado importante es que esa participación es mayor en las regiones NE y N, posiblemente, debido a la inclusión de la asistencia odontológica en PSF.

Las diferencias en el perfil de pagos de los servicios para el 20% más rico y el 20% más pobre indican que en la práctica existen dos sistemas completamente distintos, los planes de salud financian la mayor parte de la atención a los más ricos y creció la importancia del SUS en el financiamiento de los servicios de los más pobres. Pero también entre los más ricos, se nota un aumento de la participación del SUS y del desembolso al momento de la utilización de los servicios (Viacava, 2010).

Gasto en salud

El gasto en salud en Brasil alcanzó en el periodo 2007–2009 un promedio de 8,5% del PIB, bastante próximo al valor de este indicador en distintos países con sistemas de cobertura universal. Sin embargo, lo que resulta bajo en comparación con esos países es la participación del sector público en el gasto total, menor al 50%, teniendo en cuenta que el SUS se propone brindar cobertura universal y atención integral.

Desde la EC29, que estableció una relación entre el gasto público en salud y el PIB, se observa una tendencia al aumento tanto de la esa relación como del gasto per cápita medido en términos reales.

Cuadro N°1

Gasto público en salud como porcentaje del PIB

Gasto público per cápita en R\$ 2010

Año	Gasto ASPS/PIB (%)	Gasto ASPS ¹ /pob R\$ 2010
2000	2,89	378,27
2001	3,07	410,40
2002	3,17	436,54
2003	3,13	426,04
2004	3,36	483,25
2005	3,48	511,88
2006	3,55	547,20
2007	3,51	578,90
2008	3,59	632,56
2009	3,99	696,87
2010	3,77	717,70

Fuente: IPEA en base a SPO, SIOPS e IBGE.

Nota 1: El gasto ASPS per cápita fue calculado en términos reales de 2010, según IPCA medio anual.

El aumento de la participación de estados y municipios en el financiamiento de la atención de la salud, juntamente con el aumento de R\$23,3 billones de los aportes de la Unión, implicó entre 2000 y 2010 un incremento de 114% en términos reales. El gasto per cápita de las tres esferas de gobierno muestra, en el mismo periodo, un crecimiento real de 89,7% (Mendes Santo et al, 2011).

El IBGE elaboró la Cuenta Satélite de Salud en el marco de las Cuentas Nacionales de Brasil lo que permite disponer de información detallada del gasto en salud para el periodo 2007–2009.

En ese periodo, la participación de las actividades de salud en el valor agregado de la economía brasileña fue, en promedio, de 6,1%. En esos años, en promedio, 4,5% de los puestos de trabajo y 7,8% de las remuneraciones al trabajo del país estaban en actividades de salud.

El gasto en consumo final de bienes y servicios de salud correspondió, de 2007 a 2009, a 8,5% del PIB, con variaciones desde 8,3% en 2008 a 8,8% en 2009²⁵.

Los servicios de salud explican el 64,8%, mientras que los medicamentos fueron responsables por cerca del 22% del total de gastos en salud.

En esos años las familias respondieron por más de la mitad (promedio de 56,3%) de los gastos en consumo final de bienes y servicios de salud, pero el crecimiento del consumo de esos bienes y servicios por el gobierno (6,3% y 5,2% en 2008 y 2009) fue mayor que el de las familias (5,3% y 3,5% en 2008 y 2009)²⁶.

En 2009, el principal gasto de consumo final de las familias fue en servicios no hospitalarios privados y en medicamentos de uso humano (1,8% y 1,7% del PIB respectivamente) (IBGE – Cuenta Satélite de Salud, 2012).

Según la encuesta de gasto de los hogares del IBGE de 2008–2009, la Asistencia de la Salud representaba en el gasto total de consumo monetario y no monetario el 7,2% en promedio para Brasil, con un pico de 7,9% en la Región Sudeste y un mínimo de 4,9% en la Región Norte. El gasto en medicamentos explicaba el 47,5% de ese gasto, pero era el 76% del gasto en salud de los hogares más pobres y del 40% entre los de mayores ingresos.

Respecto de la aplicación de los recursos del gobierno federal, el uso de incentivos y transferencias por el MS se intensificó a finales de los 90. Si bien los recursos destinados a media y alta complejidad ambulatoria y hospitalaria aún son dominantes ya que representan el 46,4% de las aplicaciones directas y las transferencias del MS –la mayor parte transferencias a los Estados, DF y municipios– ese organismo utilizó numerosas veces su recurso propio para inducir la implementación de determinada política de salud, particularmente para reorientar el modelo de atención priorizando la atención básica (Programa Saúde da Família). Esta orientación tiene expresión en el significativo y continuo crecimiento de la participación de la atención básica en el total de recursos asignados por el MS en acciones y servicios públicos de salud, pasando de 9,7% en 1995 a 14,9% en 2009.

Otros programas ganan visibilidad presupuestaria y se tornan prioridad de gobierno como es el caso de Salud Bucal y Farmacia Popular (Mendes Santo et al, 2011).

Medicamentos

El mercado farmacéutico alcanzó en 2009 un nivel de venta de U\$S 17,6 billones de los cuales un 15% correspondía a medicamentos genéricos (Paim et al, 2011).

Desde la institución de la Política Nacional de Medicamentos en 1998, la asistencia farmacéutica es organizada por grupos. Los medicamentos estratégicos en su mayoría son programados, adquiridos y distribuidos de forma centralizada por el MS. Incluyen, entre otros, antirretrovirales, antineoplásicos y para control de endemias.

La adquisición y distribución de los medicamentos de dispensación excepcional (enfermedades raras de baja prevalencia con indicación de uso de medicamentos de alto valor unitario; enfermedad prevalente con uso de medicamento de alto valor unitario que en uso crónico o prolongado sea de elevado costo) son responsabilidad de los estados, conforme acuerdo en la CIT. El MS transfiere recursos para costear parte de esos medicamentos.

El componente básico de la asistencia farmacéutica se refiere a los medicamentos necesarios para complementar los cuidados prestados en ese nivel de atención. También los medicamentos relacionados a programas específicos, como hipertensión o diabetes, asma y rinitis, salud mental, salud de la mujer, alimentación, nutrición y combate al tabaquismo (Mendes Santo et al, 2011).

El MS promueve la producción de medicamentos genéricos que busca reducir la importación mediante el fortalecimiento de empresas farmacéuticas locales de modo de producir 20 productos esenciales para el SUS.

En 2002 se creó el programa Farmacia Popular con el objetivo de ampliar el acceso a medicamentos esenciales (Ley 10858 de abril 2004). Inicialmente esta iniciativa preveía la ampliación del acceso por medio de la oferta de medicamentos a precio de costo. Esos medicamentos serían adquiridos por la Fiocruz y ofrecidos a la población en unidades propias (fase conocida como Farmacia Popular 1). Esa estrategia avanzó muy lentamente y en 2006 se propuso una segunda versión que consiste en registrar farmacias comerciales para vender medicamentos seleccionados (como los correspondientes al tratamiento de hipertensión y diabetes o anticonceptivos) a precios subsidiados. En 2009 ya estaban registrados más de 5000 (Mendes Santo et al, 2011).

Los datos sobre la asistencia farmacéutica de la encuesta PNAD del IBGE muestran que a pesar del aumento en el acceso a los servicios de salud en apenas el 45% de las atenciones con prescripción de medicamentos hechas a través del SUS los pacientes recibieron todos los medicamentos (Viacava, 2010).

Modalidades de pago

Los mecanismos de pago son poco utilizados como instrumentos de política para apoyar las prioridades y estimular el desempeño. En general son deficientes, no están vinculados a los costos, no están relacionados con el diagnóstico y no están ajustados por la severidad de los casos.

Como se dijo más arriba, el SUS distribuye los fondos entre los hospitales mediante un sistema complejo de transferencias de recursos y mecanismos de pago:

- El Sistema de Autorización para Hospitalización (SAH)/ Sistema de Información Hospitalaria, consistente en pagos federales del MS para atención en internación.
- El Sistema de Información de Cuidados Ambulatorios (SIA) que consiste en pagos federales para los servicios ambulatorios y de emergencia.
- Transferencias federales en bloque a secretarías de salud estatales y municipales relacionadas con atención hospitalaria. Estos pagos, generalmente incluyen en una sola transferencia los destinados a media y alta complejidad, son asignados a los fondos o cuentas estatales o municipales más que como pagos a hospitales individuales. Estos fondos son canalizados a los hospitales a través de los presupuestos subnacionales.
- Pagos federales adicionales para establecimientos universitarios o de alta complejidad (Factor de Incentivo ao Desenvolvimento Ensino e Pesquisa em Saúde, FIDEPS) y para establecimientos que proveen cuidados especiales (por ejemplo cirugía cardíaca o trasplantes) y atención de emergencia. Para hospitales públicos estos pagos están siendo consolidados cada vez más en las transferencias a estados y municipios.
- Fondos presupuestarios provenientes de impuestos generales o específicos, de los gobiernos federal, estatal o municipal. Son direccionados a los hospitales públicos directamente administrados por los gobiernos.
- Otras fuentes, incluyendo la venta de servicios a planes de salud privados o pagos de bolsillo de pacientes privados (La Forgia et al, 2008).

La forma de pago predominante en los hospitales públicos es el presupuesto. En años recientes el SUS expandió el presupuesto por partidas como el mecanismo de pago más importante para los hospitales públicos. Este paso responde al incremento en el uso por el gobierno federal de las transferencias directas (fundo a fondo) a estados y municipios quienes, a su vez, convierten estas transferencias en presupuestos por partida. Desde que las propias transferencias no están ligadas al desempeño, las entidades subnacionales tienen pocos incentivos para desarrollar e implementar mecanismos de pago a los hospitales orientados a mejorar el rendimiento.

De hecho desde 2005 los sistemas SAH y SIA no son utilizadas como mecanismo de pago del gobierno federal y sólo se utilizan como base para el cómputo de los montos de las transferencias federales para atención de media y alta complejidad. Los estados y municipios todavía utilizan estos instrumentos como base de pago para los hospitales privados que contratan con el SUS.

Los mecanismos de pago a los hospitales privados, consistentes en un esquema predefinido de tarifas vinculado a productos (procedimientos), es usado para pagar a los hospitales privados bajo contrato con el SUS y en principio puede promover un uso más eficiente de los recursos. Para la mayor parte de la atención de los pacientes internados, estas tarifas están muy por debajo de los costos, mientras que están por encima de los costos para unos pocos tratamientos y procedimientos, la mayoría de atención de alta complejidad.

Los sistemas de pago en el sector privado también alientan a los proveedores a incrementar la producción de servicios, a veces conducente a la sobreoferta de los servicios más lucrativos y a costos innecesarios y más altos. La mayoría de los aseguradores privados y los planes de salud pagan la atención hospitalaria a través de esquemas de tarifas negociadas entre los planes y los hospitales. El ajuste de las tarifas tiene poco que ver con los costos o con el uso de los recursos, en parte debido a la falta de información confiable de costos dada la ausencia de conciencia de costos tanto en los proveedores como en los aseguradores.

Los sistemas de pago múltiples que confrontan los gerentes hospitalarios diluye el impacto de los incentivos de cualquier mecanismo singular. Los contratos forman parte de muchos mecanismos de pago porque ellos especifican los términos y las condiciones del pago. Aunque el SUS tiene una larga historia de contratar hospitales privados aplica un instrumento pasivo, el *convenio* que no especifica funciones ni define productos y tampoco indica metas de desempeño como contraparte del financiamiento. Los convenios son esencialmente instrumentos legales de distribución de presupuesto a proveedores privados tradicionalmente vinculados con el sistema público.

Los agentes financiadores privados son los responsables de la mayor parte de los fondos privados pagados a los hospitales no-SUS, usualmente a través de pagos por prestación y, por otro lado, los individuos pueden hacer pagos de su bolsillo. Ambos mecanismos de pago privado son una gran fuente de financiamiento para la mayoría de los establecimientos privados y unos pocos grandes establecimientos públicos (G.La Forgia et al, 2008).

Acceso y utilización de servicios

La PNAD es una encuesta nacional que desde 1998²⁷ aplica un módulo de salud por lo que es posible efectuar un análisis longitudinal de una década en una serie de variables relacionadas con acceso y utilización de servicios, condiciones de salud y factores de riesgo de la población.

Un primer indicador de acceso se relaciona con la existencia de un servicio de uso regular; en ese sentido más de un 70% de la población brasileña refiere que tiene un servicio de este tipo. Para el 42% de las personas en 1998 y casi 57% en 2008, los puestos o centros de salud eran los servicios de uso regular. Se verifica también que la referencia a los servicios más especializados como los ambulatorios de hospitales viene disminuyendo en todas las regiones²⁸. Estos datos indican que, de modo general, y especialmente en el sector público, el modelo de atención jerarquizado se viene implantando según los principios establecidos para el SUS.

En relación a la consulta a un médico en los últimos 12 meses, fueron importantes los aumentos en los porcentajes a lo largo del tiempo en el país como un todo (13%) y en todas las regiones. Para todo Brasil se observa también que, aun cuando las desigualdades permanecen todavía de 20% a 25% mayores a favor de los más ricos, una reducción en las mismas: entre las personas con 50 años o más el índice de desigualdad que era 1,33 (33% mayor en los más ricos) en 1998 pasó a 1,19 en 2008. La reducción de las desigualdades se debió, probablemente, a un aumento de acceso a los médicos de los más pobres, efecto esperado con la expansión de la Estrategia Saúde da Família.

El PNAD recolecta también información sobre el acceso a los servicios odontológicos²⁹. Hubo un aumento en el porcentaje de personas que fueron al dentista en los últimos 12 meses, más acentuado en el primer quinquenio en las regiones más desarrolladas, o sea Sudeste, Sur y Centro-Oeste resultando un crecimiento de cerca de 7% para todo Brasil. En la Región Norte, no hubo variación en el indicador y en el Nordeste el crecimiento fue semejante en los dos quinquenios. Las desigualdades geográficas siguen siendo importantes, conforme apuntan los índices registrados en el Nordeste de 25% a 36% y en el Sur de 41% a 48%.

En todo el país, las desigualdades en la consulta odontológica según nivel de ingreso muestran una tendencia descendente por el aumento en el acceso de los más pobres pero persisten diferencias entre la población hasta 49 años y entre los ancianos. En ese grupo poblacional la diferencia en el indicador entre el 20% más rico y el 20% más pobre llega a más de 200%.

En cuanto a la realización de mamografías, entre 2003 y 2008 hay un acentuado aumento de la cobertura que pasó³⁰ de 46% a 60%, ese aumento se observó en todas las regiones, en las áreas urbanas y rurales.

En la realización del examen preventivo de cáncer de cuello de útero en mujeres de 25 años y más las desigualdades regionales son elevadas a pesar del aumento. En mujeres de 25 a 59 años la cobertura pasó de 74% a 79% siendo de 75% en la Región Nordeste y de 82% en la Sudeste.

Para evaluar el uso de los servicios Francisco Viacava propone el porcentaje de personas que demandan servicios en los últimos 15 días y fueron atendidos y la referencia a internación hospitalaria en los 12 meses anteriores a la encuesta. En el primer caso, se nota un ligero aumento en el primer quinquenio en las Regiones Nordeste, Sudeste y Sur. En relación a las desigualdades según nivel de ingreso, la situación es estable a lo largo del periodo, con una pequeña tendencia a disminuir entre 1988 y 2003. En 2008, el uso de servicios en el 20% más rico de la población fue 40% más alto para el grupo etario hasta 49 años y 30% para el grupo de 50 años y más.

En cuanto a internaciones hospitalarias no hubo cambios prácticamente a lo largo de la década. Cerca del 7% de la población refiere internación hospitalaria en los 12 meses anteriores a la encuesta. La tendencia de estabilidad en el porcentaje es la misma en todas las regiones. El mayor valor (en torno al 8,5%) fue observado en Centro-Oeste y el menor en el Nordeste (en torno al 6,5%). Las desigualdades según ingreso son pequeñas y favorables a los más pobres.

A lo largo de los 10 años analizados el acceso a los servicios viene aumentando de forma importante, sea para los servicios más simples, como la consulta médica, o procedimientos más complejos como la mamografía. Y, más importante, el mayor acceso puede ser observado para la población residente en las regiones más carenciadas y, en todas las regiones, para los más pobres. Entretanto, permanecen desigualdades geográficas y sociales muy grandes en algunos de los aspectos observados, como el acceso a los servicios odontológicos y la ya mencionada mamografía, que deben ser vistos como marcadores de otros procedimientos cuya diversidad no puede ser examinada en encuestas de este tipo (Viacava, 2010).

Percepción de los ciudadanos

Los resultados de una encuesta realizada por la Confederación Nacional de la Industria (CNI) junto con IBOPE en enero de 2012 son elocuentes acerca de la opinión de los brasileños sobre el sistema de salud:

- 61% de la población brasileña considera el servicio público de salud del país “pésimo” o “malo” y 54% tiene la misma valoración respecto del servicio público de salud de su ciudad.
- 85% de los entrevistados no percibían avances en el sistema público del país en los últimos tres años.
- Los programas gubernamentales presentan una buena consideración por parte de la población; los mejor evaluados fueron las campañas de vacunación (8,8 sobre 10) y el combate al dengue (7,9/10) y en tercer lugar la farmacia popular (7,4/10).

Cuadro N°2**Principales problemas del sistema público de salud****Porcentaje de respuestas**

Problema	Total	Municipios según número de habitantes		
		Hasta 20 mil	Más de 20 a 100 mil	Más de 100 mil
Demora/dificultad para ser atendido	55	50	54	57
Malas condiciones de las unidades de salud	5	3	6	5
Falta de medicamentos	4	5	6	3
Falta de equipamiento / unidades / inversiones	10	17	10	8
Superpoblación	4	0	2	5
Falta de cuidado de los profesionales c/ los pacientes	4	7	3	4
Dificultad de acceso a las unidades de salud	1	2	1	1
Mala administración/corrupción	5	3	4	6
Falta de conocimiento de los médicos	1	1	1	1
Falta de médicos	9	9	10	9

Fuente: CNI-IBOPE Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública-2012.

Otra fuente –la encuesta de hogares realizada por el IBGE en 2008– indica que entre las personas que demandaron servicios de salud el 86,4% evaluó como muy buena o buena esa atención, el 10,4% la consideró regular y el 3,1% mala o muy mala. Cabe mencionar que casi el 59% de la atención fue realizada en establecimientos públicos.

La atención por problemas odontológicos fue considerada muy buena o buena en un 93,6%; ésta fue concretada en casi el 69% en establecimientos privados.

Respecto de la autoevaluación del estado de salud, el 77,3% lo consideraba bueno o muy bueno, el 18,9% regular y el 3,8% restante malo o muy malo. Esta percepción variaba de acuerdo a las regiones. Así en la Región Sudeste el 80,1% evaluaba su estado de salud como muy bueno o bueno y en la Región Nordeste esa calificación era expresada por el 73,4% mientras que el 4,6% manifestaba presentar un estado de salud malo o muy malo.

Los datos del PNAD muestran además que el porcentaje de personas que evalúan su estado de salud como malo o muy malo es casi dos veces mayor entre las personas del primer quintil (más pobres) de la distribución del ingreso per cápita en relación a los pertenecientes al 5 quintil y que no hubo alteración importante en la magnitud de las desigualdades a lo largo del periodo 1998–2008 para la población total. (F. Viacava, 2010).

Resultados

Asignación de recursos

La EC29, al definir niveles mínimos de gastos en salud de los presupuestos descentralizados, no resolvió el problema de las desigualdades en la capacidad de recaudación y de apropiación de las transferencias constitucionales para las instancias federadas.

En el año 2004 el gasto público per cápita más bajo correspondió a la Región Nordeste que ostenta el PBI per cápita más bajo de las regiones de Brasil; en cambio el de la Región Sudeste (cuyo PBI per cápita es el más alto) fue un 43,3% superior. Aún el gasto federal per cápita fue más alto en la Región Sudeste mientras que el monto menor se verificó en la Región Norte con el segundo más bajo PBI per cápita.

Si se analiza la composición del gasto público según origen jurisdiccional de los fondos, la mayor participación de la esfera federal se registra en la Región Nordeste y la menor incidencia en la Región Norte.

Sin embargo los resultados de la investigación de Luciana Dias de Lima centrada en el año 2002, evidencian que los efectos de los recursos federales del SUS sobre los presupuestos de las esferas subnacionales no pueden ser despreciados y resulta significativo el papel del MS en la redistribución fiscal para las regiones menos desarrolladas. Las transferencias federales del SUS efectuadas en 2002 no tuvieron, con todo, volumen suficiente para romper con las diferencias en las condiciones institucionales de las esferas subnacionales.

En síntesis, las desigualdades en los ingresos disponibles entre estados y municipios permanecían extremadamente elevadas en el inicio de los años 2000. La autora concluye que si las transferencias redistributivas del sistema tributario brasileño, del núcleo más desarrollado del país a las regiones más atrasadas económicamente se logra es de forma casi aleatoria (Luciana Dias de Lima, 2006).

Resultados sanitarios

Respecto de los resultados sanitarios, entre 1990 y 2011 la mortalidad infantil disminuyó en Brasil un 68%, mientras que en la Región Nordeste, que en 1990 ostentaba la tasa más alta, se verificó el mayor porcentaje de descenso (76%). En 2011 es la Región Norte la que presenta el peor indicador y uno de los menores porcentajes de descenso (57%).

Cuadro N°3

Mortalidad infantil – Número de muertes infantiles (menores de 1 año) por 1000 nacidos vivos

Según Región – Años 1990 – 2011

Región	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Región Norte	45,86	38,79	32,8	27,11	20,97	19,91
Región Nordeste	75,76	52,17	35,93	25,91	19,09	17,98
Región Sudeste	32,59	25,59	20,09	16,03	13,43	13,00
Región Sur	28,28	21,88	16,92	14,07	11,58	11,30
Región Centro-Oeste	34,35	27,69	22,32	19,27	15,93	15,51
Distrito Federal	28,88	21,00	15,27	13,55	12,16	12,09
TOTAL	47,09	35,07	26,12	20,37	15,97	15,27

Fuente: MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

MS/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

También la proporción de muertes en menores de 5 años por infección respiratoria aguda es más alta en la Región Norte –7,2% contra 3,8% en la Región Sur y 5,3% en promedio del país.

Por su parte, la prevalencia de consumo abusivo de bebidas alcohólicas en las capitales estaduais, en 2012, alcanza el mayor valor en la Región Nordeste (20,5) y el menor en la Región Sur (15,2) seguida por la Región Norte (16,6).

La actividad física es baja en las capitales, la prevalencia de sobrepeso u obesidad está aumentando³¹ pero el tabaquismo disminuyó en virtud del Programa Nacional de Control del Tabaco: desde su inicio en 1989 hasta 2008, la población que fuma bajó de 34,5% a 17,2%. La prevalencia de fumadores para los mismos ámbitos pero en 2012, muestra el peor indicador en la Región Sur (14,8) y muy cercano del de la Región Sudeste (14,4). En cambio en este caso en las Regiones Nordeste y Norte se observa un comportamiento más favorable con niveles de 8,9 y 9,3 respectivamente.

Cuadro N°4*Esperanza de vida al nacer**Por Región – Año 2005*

Región	Total	Hombres	Mujeres
Brasil	72,1	68,4	75,9
Región Norte	71,0	68,2	74,0
Región Nordeste	69,0	65,5	72,7
Región Sudeste	73,5	68,5	77,7
Región Sur	74,2	70,8	77,7
Región Centro Oeste	73,2	69,6	76,7

Fuente: IBGE Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária. 2010b

Las diferencias en la esperanza de vida al nacer entre las distintas regiones disminuyeron entre 1991 y 2005 desde una relación entre la esperanza de vida más alta y la más baja de 1,12 a 1,07. La Región Nordeste mantiene la posición más desfavorable pero es la que sumó más años en ese periodo: 6,2 en promedio ó 9,9% expresado en términos relativos.

Perspectivas y desafíos

El primer desafío que enfrenta Brasil es continuar con el proceso de modificar las condiciones desfavorables en los determinantes de salud asociados a la pobreza. A pesar de los avances generados en la última década persisten factores que impactan negativamente en la situación de salud de las personas.

En relación más específica con el sistema de salud, existe consenso respecto de la necesidad de aumentar la proporción del gasto público en el gasto total. No parece congruente con un sistema de salud que persigue la cobertura universal e integral que el gasto público alcance una participación menor al privado y los esfuerzos realizados no resultan suficientes.

La existencia de grandes brechas en la distribución de recursos físicos y humanos refuerza la necesidad de generar una mayor participación del estado en el financiamiento del sistema, orientando la asignación a disminuir las desigualdades entre regiones, estados, áreas y grupos poblacionales.

En particular, se comprueba que está lejos de lograrse el acceso universal a medicamentos.

Los problemas emergentes, como el sobrepeso y la obesidad, o persistentes como el alcoholismo, requieren el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud.

En síntesis, “algunos de los desafíos futuros del SUS son la reforma de su estructura de financiamiento, con vistas a asegurar universalidad, igualdad y sustentabilidad en el largo plazo, la renegociación de los papeles público y privado, la adecuación del modelo de atención para atender los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos del país y la promoción de la calidad y seguridad de los pacientes” (J.Paim et al, 2011).

Estrategia de Atención Primaria de la Salud

La atención médica primaria del SUS se provee a través de dos modelos que coexisten : La estrategia de Salud Familiar (PSF), implementada por las Unidades de Salud Familiar encargadas de trabajar directamente con las comunidades, y el modelo tradicional, conformado por centros y puestos de salud y hospitales que proveen servicios de salud secundarios y terciarios.

El PSF funciona por medio de equipos compuestos por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y 4 a 6 agentes comunitarios de salud que incluyó, posteriormente equipos de salud bucal. Estos equipos actúan en áreas geográficas definidas y con población adscrita con 600 a 1000 familias para cada Estrategia de Salud de la Familia. Representan el primer punto de contacto con el sistema de salud local, coordinan la atención y procuran integrar los servicios de apoyo diagnóstico, asistencia especializada y hospitalaria.

También existen varios programas específicos implementados por el SUS, que generalmente combinan atención general y especializada junto a una serie de programas de prevención y promoción de salud individual, familiar y comunitaria. Además, varios servicios que forman parte del plan *Brasil Sém Miséria* pertenecen al sector de salud. Es el caso de los programas siguientes: i) el Programa de Farmacia Popular de Brasil (*Farmácia Popular do Brasil*), que busca aumentar el acceso a medicamentos para las enfermedades más comunes en el país a través de una red de farmacias populares y alianzas con redes de farmacias privadas; ii) el programa *Brasil Sorridente* que busca promover el cuidado odontológico de los niños/as en el país; iii) el proyecto *Olhar Brasil*, que provee a los niños/as controles oftalmológicos en las escuelas públicas que forman parte del programa Salud en la Escuela (*Saúde na Escola*) y del programa *Brasil Alfabetizado* y, iv) el programa *Rede Cegonha* que integra distintas acciones que forman parte del desarrollo de la primera infancia. Este último incluye un aumento de cobertura y de acceso pre-natal, de la cobertura de partos institucionales, de la atención de supervivencia hasta los dos años, controles de salud tempranos para el recién nacido, estimulación y cuidado temprano — ofreciendo atención especial para niños en situación de riesgo—, sitios en las guarderías y vales para el transporte, entre otras acciones

Actualmente, la Estrategia de Salud Familiar (*Estratégia de Saúde da Família*) es la principal línea directriz para la atención primaria en salud en Brasil y funciona como puerta de entrada al sistema (Ministério da Saúde, 2011), junto con los servicios de emergencia.

Además de las Unidades de Cuidado Familiar, en 2008 el Ministerio de Salud también creó las Unidades de Apoyo a la Salud Familiar (*Núcleos da Apoio à Saúde da Família, NASF*), que proveen apoyo de expertos a un número de equipos de salud pre-existentes para enfrentar problemas de salud específicos dentro de sus territorios y comunidades y mejorar la efectividad de los cuidados primarios de salud. La salud primaria en Brasil se centra en las familias, con un énfasis en la participación comunitaria y la adecuación cultural de las acciones. (J. Paim et al, 2011 y C.Robles et al, 2013).

Legislación en Salud
Constitución Federal de 1988
Sección II – De la Salud

Art. 196. *La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.*

Art. 197. *Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud correspondiendo al poder público disponer, en los términos de la ley, sobre su regulación, fiscalización y control, debiendo ejecutarse directamente o a través de terceros y, también, por persona física o jurídica de derecho privado.*

Art. 198. *Las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices:*

- 1. descentralización, con dirección en cada esfera de gobierno;*
- 2. atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;*
- 3. participación de la comunidad. Párrafo único.*

El sistema único de salud será financiado, en los términos del artículo 195, con recursos del presupuesto de la Seguridad Social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes.

Art. 199. *La asistencia sanitaria es libre para la iniciativa privada.*

1o. *Las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria del sistema único de salud, según las directrices de este, mediante contrato de derecho público o convenio, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las que no tengan fines lucrativos.*

2o. *Está prohibido el destino de recursos públicos para auxilio o subvenciones a las instituciones privadas con fines lucrativos.*

3o. *Está prohibida la participación directa o indirecta de empresas o capital extranjero en la asistencia sanitaria en el País, salvo en los casos previstos en ley.*

4o. *La ley dispondrá sobre las condiciones y los requisitos que faciliten la extracción de órganos, tejidos y sustancias humanas para fines de trasplante, investigación y tratamiento, así como la extracción, procesamiento y transfusión de sangre, prohibiéndose, todo tipo de comercialización.*

Art. 200. *Al sistema único de salud le corresponde, además de otras atribuciones, en los términos de la ley:*

- 1. controlar y fiscalizar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participación en la producción de medicamentos, equipamientos, inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos;*
- 2. ejecutar las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como las de la salud del trabajador;*
- 3. ordenar la formación de recursos humanos en el área de salud;*
- 4. participar en la formulación de la política y de la ejecución de las acciones de saneamiento básico;*
- 5. incrementar en su área de actuación y desarrollo científico y tecnológico;*
- 6. fiscalizar e inspeccionar alimentos, incluyendo el control de su valor nutritivo, así como bebidas y aguas para consumo humano;*
- 7. participar en el control y fiscalización de la producción, transporte, guarda y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos;*
- 8. colaborar en la protección del medio ambiente, incluyendo el de trabajo.*

Ley N°8.080 del 19/9/90 regula en todo el territorio nacional, las acciones y los servicios de salud, ejecutados de manera aislada o conjuntamente, en carácter permanente o eventual por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado.

La **Enmienda Constitucional N°29/2000** define los porcentajes mínimos de aplicación en acciones y servicios públicos de salud y establece reglas para el período 2000 a 2004. El artículo 198 de la Constitución Federal prevé que, en el final de ese período, la referida Enmienda sea reglamentada por Ley Complementaria, que deberá ser reevaluada cada cinco años. En la hipótesis de no edición de esa Ley, permanecerán válidos los criterios establecidos en la propia Enmienda Constitucional.

La EC 29 representó un importante avance para disminuir la inestabilidad en el financiamiento que el sector salud enfrentó a partir de la Constitución de 1988 (como el no cumplimiento del 30% del presupuesto de la seguridad social), bien como una victoria de la sociedad en la cuestión de la vinculación presupuestaria como forma de disminuir esa inestabilidad.

EL SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ

Contexto político e institucional

Canadá es uno de los países más extensos del mundo, con una población de casi 35 millones de habitantes, concentrada en una franja de 100 kilómetros a partir de la frontera con Estados Unidos. Canadá es un país multicultural, donde convergen las culturas francesa, inglesa, las de distintas etnias de pueblos originarios, y a las que se suman las culturas de origen de población migrante.

Canadá se organizó como un territorio dependiente de la corona británica, de carácter “autónomo”, con la firma del Acta Norteamericano Británica (BNA) o Estatuto de la América Británica del Norte (EABN) que suscribieron en 1867 las provincias de entonces (Ontario, Quebec, Nueva Escocia y Nuevo Brunswick)³² y que suponía un “pacto de asociación voluntaria” entre dos pueblos fundadores; los anglófonos y los francófonos. En 1931, Canadá es proclamado dominio autónomo dentro del imperio británico y obtiene su total independencia por la creación del Commonwealth Británico. El EABN sirvió a manera de Constitución hasta 1982, año en que fue sancionada una Carta Magna.

Es una monarquía constitucional parlamentaria, basada en una democracia representativa y un sistema federal que delega en las provincias la mayoría de los servicios, entre ellos los de salud. Canadá es miembro del Commonwealth. Formalmente la principal autoridad es el gobernador general, que gobierna en nombre de la Corona inglesa y es nombrado por la Reina, por lo tanto, el poder real reside en el primer ministro, ya que para el cargo de gobernador se presenta un solo candidato que nunca ha sido rechazado.

A la manera de las monarquías europeas el primer ministro es designado por el gobernador, pero el nombramiento es obligado y recae en el líder del partido político que más diputados obtiene en la elección general. El primer ministro puede o no ser diputado. Generalmente gobierna por cuatro años, puede ser reelecto y también puede ser removido si la cámara de diputados vota en contra una moción de confianza.

El poder legislativo está formado por una Cámara Alta (Senado) y una Cámara Baja (Cámara de los Comunes). Los senadores son elegidos por el gobernador, a propuesta del primer ministro en representación de las provincias (10)³³ y los territorios (3)³⁴. La designación de los senadores tiene carácter vitalicio, con un límite para el ejercicio del cargo a los 75 años. Los diputados son elegidos por mayoría simple en cada uno de los 308 distritos electorales del país. Según la Constitución, cada provincia o territorio tiene asignado un número específico de escaños. La Constitución divide a Canadá en cuatro regiones y cada una recibe el mismo número de escaños: 24 para Quebec y Ontario, 24 para las provincias marítimas (10 para Nueva Brunswick y Nueva Escocia y 4 para la Isla del Príncipe Eduardo), y 24 para las provincias del oeste (6 para cada una de ellas: Columbia Británica, Alberta, Saskatchewan y Manitoba), a las provincias de Terranova y Labrador se le asignan 4 diputados. (<http://laws.justice.gc.ca/-/10/102013>)

Un rasgo saliente de la cultura política canadiense es que existe una disciplina de partido que lleva a los legisladores a votar lo que resolvió el partido, bajo amenaza de ser expulsado, lo que implicaría no recibir ayuda económica del partido y no figurar en sus listas en la próxima elección.

Demografía y economía

En 2011, Canadá contaba con una población de cerca de 35 millones y se estimaba que 1,4 millones correspondían a población aborigen lo cual representa cerca del 4% de la población total. Entre la población aborigen el 62% corresponde a pueblos originarios, el 31% a los Métis y 4% a los Inuit. Para el mismo año se estimaba que el 20% de la población era de origen migrante. El crecimiento poblacional se ha concentrado fundamentalmente en las grandes áreas urbanas, donde reside cerca del 80% de los canadienses.

Una característica poblacional con gran peso en la organización y proyección futura de los servicios de salud es la estructura envejecida de la población canadiense. El número de los mayores de 65 años aumentó entre 1976 y 2011, del 9% al 15 % del total de la población. Se prevé que esta franja de población alcance el 24 % hacia 2036. En 2011, los niños menores de 12 años y jóvenes de entre 12 y 19 años representaban menos de una cuarta parte de la población (13 % y 10 % respectivamente), mientras que los adultos jóvenes y de mediana edad, entre 20 y 64 años componen el 62% de la población total.

Según el Observatorio Mundial de la Salud, la esperanza de vida de la población de Canadá es de 80 años para los hombres y 84 para las mujeres, la probabilidad de morir antes de los 5 años es del 5 por mil, la de morir entre los 15 y 60 años es del 84 por mil para los hombres y del 53 por mil para las mujeres. El gasto en salud por habitante alcanzó los 4.522 dólares (internacionales) y el gasto nacional en salud participó con un 11,2% del PIB en 2011 (OECD, 2013).

En 2010, Canadá se ubicaba como la décima economía del mundo (Banco Mundial, 2010). Cuenta con una industria de alta tecnología, un moderno sector de servicios, importante producción agrícola, minera y de hidrocarburos. Es miembro del grupo de los 8 y su relación económica con Estados Unidos es muy estrecha. El 85% de las exportaciones canadienses (US\$ 500.000 millones en 2013) tiene como destino a su vecino y el 60% de sus importaciones provienen de Estados Unidos.

El PIB de Canadá fue de 1,76 billones de dólares canadienses en 2011, con una renta per cápita de alrededor de 51.109 dólares canadienses. La distribución interna de la renta ha provocado muchos debates ya que desde la década de 1970 hay un gran crecimiento de ingresos en el 10 por ciento de la población que ocupa la franja de mayores ingresos y un muy lento crecimiento en los sectores sociales más bajos.

Tradicionalmente las provincias de Ontario y Quebec han sido las más industrializadas y las económicamente más importantes. Pero en los últimos años Alberta, Columbia Británica, Saskatchewan y Terranova–Labrador han visto crecer significativamente sus ingresos debido al auge de la producción petrolera. El crecimiento económico de estas provincias ha llevado a Ontario y Quebec a demandar que sus aportes económicos por la vía de los impuestos nacionales que se cobran en sus territorios disminuyan y se incrementen los de las provincias que perciben la renta petrolera.

Ontario y Quebec son las provincias más industrializadas y han usufructuado de esa condición a expensas de las demás provincias que son productoras de materias primas, incluso con el cobro de aranceles para permitir el acceso a sus territorios de la producción de los otros estados provinciales. Ontario concentra el 37 por ciento de la renta nacional, seguida por Quebec con casi 20%; Alberta más de 1; Columbia Británica más de 12; Saskatchewan 4,3; Manitoba 3,2; Nueva Escocia 2,1; Terranova y Labrador 1,85; Nueva Brunswick 1,73 y la isla del Príncipe Eduardo 0,30. Los territorios del Noroeste, Yukón y Nunavut aportan el 0,25; 0,14 y 0,2 por ciento, respectivamente.

Cuadro N° 5***PBI, Población y PBI per cápita total y según provincias y territorios. Canadá 2011.***

Provincia o territorio	PBI (millones de dólares canadienses) (1)	Población	PBI per Cápita (dólares canadienses)
Canadá	1,762,432	34,484,000	51,109
Columbia Británica	217,749	4,576,600	47,579
Alberta	295,276	3,778,100	78,154
Saskatchewan	74,738	1,057,800	70,654
Manitoba	55,894	1,251,700	44,654
Ontario	654,561	13,366,300	48,971
Quebec	345,842	7,978,000	43,349
New Brunswick	32,18	755,3	42,606
Isla del Príncipe Eduardo	5,353	145,7	36,74
Nueva Escocia	37,015	948,5	39,025
New Faundland y Labrador	33,624	512,9	65,556
Yukon	2,66	35,4	75,141
Territorios de Noroeste	4,791	44,2	108,394
Nunatuv	1,964	33,6	58,452

(1) 1 US\$=0,989 \$ canadienses en 2011

Fuente: Gobierno de Canadá. Estadísticas<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/econ15-eng.htm>

El gobierno federal utiliza el presupuesto nacional como vía de redistribución de recursos y destina fondos para incrementar la población en los territorios despoblados del norte del país, básicamente en planes sociales y en seguro de salud.

En el período entre 2001 y 2012 el crecimiento económico ha sido, en promedio, inferior al 2% anual. El nivel de la producción industrial ha registrado incrementos moderados y caídas, pero el sector de alta tecnología y el de energía han seguido creciendo, así como los sectores de servicios y construcción.

La organización del sistema

El sistema de salud canadiense, con una perspectiva nacional, se estructuró en un primer momento sobre la base de la ya mencionada *Ley de Seguro Hospitalario y de Diagnóstico*, sancionada en 1957 y su conformación reconoce como hito central la legislación de 1984 con la promulgación de la Ley de Salud de Canadá (Canada Health Act).

En lo básico se trata de un seguro de salud (*Canadian Medicare*) de cobertura universal, administrado por un organismo estatal que actúa como único pagador y donde los proveedores son agentes privados sin fines de lucro. El sistema prohíbe el cobro de prestaciones de salud esenciales (fundamentalmente servicios médicos y hospitalarios) en el punto de atención y es el organismo administrador del sistema (cada una de las provincias) el que establece cuales son los servicios esenciales.

Dentro del marco normativo previsto se han desarrollado sistemas provinciales que tienen una estructura común para cumplir con los requisitos federales de financiamiento pero que difieren en algún aspecto, de manera que no se puede hablar de la atención de salud canadiense como un “sistema único”, sino como un conjunto de planes administrados por provincias y territorios (Dersky et al, 2003), al modo de un “patchwork “ de seguros.

El sistema se basa en cinco principios previstos en la Ley de Salud de Canadá (Canada Health Act):

Administración Pública: Los planes provinciales y territoriales deben ser administrados y operados por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial o territorial, sobre una base no lucrativa.

Integralidad: Los planes provinciales y territoriales deben garantizar todos los servicios médicamente necesarios proporcionados por los hospitales, los médicos y los dentistas que trabajan en un entorno hospitalario.

Universalidad: Todas las personas aseguradas tienen derecho a los planes provinciales y territoriales de cobertura de seguro de salud en los términos y condiciones uniformes.

Accesibilidad: Los planes provinciales y territoriales deben proporcionar a todos los asegurados acceso razonable a servicios médicos y hospitalarios, médicamente necesarios, sin barreras financieras o de otro tipo.

Portabilidad: Los planes provinciales y territoriales deben cubrir a todos los asegurados cuando se trasladen de un punto a otro en el territorio o cuando viajen al exterior. Las jurisdicciones plantean ciertos límites en la cobertura fuera de Canadá, como también requerir aprobación previa para el uso de servicios no urgentes fuera de sus áreas. Además de reflejar estos principios básicos la Ley plantea una concepción amplia de salud, un enfoque participativo y de consenso, reflejados de manera general en su preámbulo.

Ley de Salud de Canadá

Preámbulo

Considerando que el Parlamento de Canadá reconoce:

– Que no es la intención del Gobierno de Canadá de que alguno de los poderes, derechos, privilegios o autoridades conferidas en Canadá o las provincias bajo las disposiciones de la Constitución de 1867, o cualquier enmienda a la misma, o de otra manera, sea por la razón de esta Ley, o partir de esta Ley abrogada o derogada o afectada de otro modo;

– Que los canadienses, a través de su sistema de servicios de salud asegurados, han hecho notables progresos en el tratamiento de la enfermedad; en aliviar las consecuencias de la enfermedad y la discapacidad en todos los grupos de ingreso;

– Que los canadienses pueden lograr mayores mejoras en el bienestar a través de la combinación de los estilos de vida individuales que hacen hincapié en la adecuación, la prevención de enfermedades y promoción de la salud mediante la acción colectiva contra las causas sociales, ambientales y ocupacionales de la enfermedad, y que desean un sistema de servicios de salud que promoverá la salud física y mental y la protección contra la enfermedad;

– Que las futuras mejoras en la salud requerirán la asociación de cooperación de los gobiernos, los profesionales de la salud, organizaciones de voluntarios y ciudadanos canadienses;

– Que el acceso continuo a la atención médica de calidad, sin barreras financieras o de otro tipo, será crítico para mantener y mejorar la salud y el bienestar de los canadienses;

Y CONSIDERANDO que el Parlamento de Canadá desea fomentar el desarrollo de los servicios de salud a través de Canadá, ayudando a las provincias a financiar los costos de los mismos;

.....

(traducción de las autoras)

Antecedentes y cambios recientes

La trayectoria del sistema de salud canadiense puede ser analizada como un proceso dinámico y continuo de arreglos entre los distintos niveles de gobierno (Federal y Provincial) en pos de lograr dar una respuesta integral a las necesidades de salud de su población³⁵. El liderazgo surge originalmente de las provincias y en su recorrido el gobierno federal va ganando iniciativa y protagonismo.

El punto de inflexión en el desarrollo del actual sistema canadiense lo marca el término de la segunda Guerra mundial. Antes de la guerra, Canadá tenía un sistema en el que tanto la provisión como el financiamiento eran privados. Iniciativas de los gobiernos provinciales, que fueron recibiendo respaldo del gobierno federal en forma progresiva, fueron conduciendo al Seguro de Salud que hoy rige en el país.

En 1947, el gobierno de Saskatchewan introdujo un plan de cuidados hospitalarios universal en el ámbito de toda la provincia. Hacia 1950, tanto la Columbia Británica y Alberta tenían planes similares. Luego, en 1957 el gobierno federal aprobó la *Ley de Seguro Hospitalario y de Diagnóstico*, que ofrecía reembolso o compartir el 50% de determinados costos hospitalarios y servicios de diagnóstico. Esta Ley preveía la cobertura universal de administración pública para un conjunto específico de servicios en términos y condiciones uniformes. Cuatro años más tarde, todas las provincias y territorios habían acordado proporcionar servicios de hospitalización y de diagnóstico financiados con fondos públicos.

En 1962, Saskatchewan introdujo un plan de seguro médico universal, para brindar servicios médicos a todos sus residentes. El gobierno federal aprobó la *Ley de Atención Médica* en 1966. Esta Ley ofreció reembolsar, o compartir el 50% de los costos por los servicios médicos prestados por un médico fuera de los hospitales. Seis años más tarde, todas las provincias y territorios tenían planes médicos universales.

En 1984 fue aprobada la *Ley de Salud de Canadá (Canadian Health Act)*. Esta legislación sustituyó la anterior legislación referida a los seguros hospitalarios federales y de atención médica, y tuvo un rol clave en consolidar la idea de un sistema nacional, estableciendo que el objetivo central de la política de salud de Canadá es “proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y de facilitar el acceso razonable a los servicios de salud, sin barreras financieras o de otro tipo.”

La Ley vigente establece criterios y condiciones relativos a los servicios de salud que las provincias y territorios deben cumplir para recibir la contribución de fondos por parte del gobierno federal, bajo la forma de transferencias (CHT– Transferencia de Salud de Canadá). Esta Ley consolidó sus principios mediante el establecimiento de criterios rectores (portabilidad de los seguros, accesibilidad, universalidad, integralidad y administración pública). La ley también añadió disposiciones que prohibían la facturación al usuario de cargos extra por servicios asegurados (se trató de asegurar que todos los residentes elegibles de Canadá tengan un acceso razonable a los servicios de salud asegurados sobre una base de pre-pago, sin cargos directos al acceder a este tipo de servicios).

El arreglo básico en el que sustentó el sistema, basado en el financiamiento público y en el cual los gobiernos provinciales funcionaron como monopsonios para la provisión de servicios médicos y hospitalarios y en el que otros servicios de salud eran provistos por proveedores privados demostró una gran estabilidad en el período 1970–1996. Este arreglo descansaba en un generoso financiamiento público que, en un contexto de restricciones fiscales, fue puesto en cuestión. Por primera vez desde la creación del *Medicare Canadiense* la posibilidad de cambio de este modelo organizativo sectorial fue planteada. Las alternativas de cambio oscilaron entre fortalecer el rol del estado a través de medidas como la mayor integración y racionalización del uso de recursos, hasta la introducción de mecanismos de mercado y del financiamiento privado con competencia entre clínicas privadas y hospitales públicos en la provisión de servicios con financiamiento público o la contratación, al sector privado, de servicios financiados públicamente. (Marmor et al, 2009).

En este contexto se puede identificar una serie de acciones llevadas adelante por el poder federal, las provincias y territorios que incluyen desde estudios de diagnóstico y proposición de políticas, hasta medidas concretas implementadas en la segunda mitad de la década de los noventa a y lo largo de la década del 2000. Durante los años 90 una respuesta a la presión por reducir el gasto fiscal en salud fue la reestructuración hospitalaria. Esta se enfocó en aumentar la integración horizontal, lo que implicó el cierre y reagrupamiento de unidades y el fortalecimiento de la capacidad del nivel de cuidados basados en la comunidad. La forma que esta reestructuración tomó fue variada entre las distintas provincias y territorios, tanto desde la perspectiva organizativa, como de las medidas concretas adoptadas. Con la excepción de la provincia de Ontario, en todas las provincias y territorios se constituyeron comisiones especiales para abordar esta tarea³⁶.

Estos cambios, si bien no habrían tenido consecuencias en términos de resultados de salud, habrían creado una atmósfera de crisis con impacto tanto en la confianza de los ciudadanos en el sistema, como en la capacidad del gobierno de administrarlo. Este clima quedó evidenciado en los resultados de distintas encuestas de opinión en la que la consideración de la necesidad de operar cambios importantes en el sistema ganó espacio. Si bien esta opinión perdió peso entre 1998 y 2007, en este último año se ubicaba (12%) muy por sobre los niveles de los años 80 cuando sólo el 5% de la población opinaba que el sistema debía ser completamente reconstruido (Marmor et al, 2009). Sin embargo debe destacarse que más allá de estas fluctuaciones en el clima de opinión pública, los canadienses siguen destacándose por su confianza en las respuestas y la calidad de los servicios de salud a los que pueden acceder cuando lo necesitan.

Un acuerdo sobre la salud alcanzado en 2000 por los primeros ministros del nivel federal, provincial y de los territorios propuso reformas clave en la atención primaria de salud, la gestión de productos farmacéuticos, la información sanitaria y la tecnología de las comunicaciones dentro del sistema, el equipo de salud y la infraestructura. Asimismo, las recomendaciones técnicas de distintas comisiones³⁷ encargadas de revisar los principales problemas del sistema y de formular alternativas para su solución confluyeron en la reafirmación del modelo, pero señalaron la necesidad de instrumentar diferentes medidas de cambios clave.

En 2003, los primeros ministros firmaron un *Acuerdo para la Renovación de la Atención de la Salud*, que preveía un cambio estructural en el sistema de atención de salud para apoyar el acceso, la calidad y la sostenibilidad a largo plazo. El acuerdo comprometió a los gobiernos a trabajar hacia reformas específicas en áreas como la aceleración de la renovación de la atención primaria, compatible con nuevas tecnologías de información (por ejemplo, registros médicos electrónicos, telemedicina); cobertura de ciertos servicios de atención domiciliaria y de drogas; un mayor acceso a equipos de diagnóstico y médicos, y una mejor rendición de cuentas de los gobiernos. En el marco de este Acuerdo, las transferencias de dinero del gobierno federal en apoyo de la atención de salud se incrementaron.

Otras reformas fueron anunciadas por los primeros ministros en un *Plan de 10 años para el Fortalecimiento de Cuidado de la Salud*, en 2004. Este Plan incluyó el trabajo hacia las reformas en áreas clave como: la gestión de los tiempos de espera; los recursos humanos en salud; la salud de los aborígenes; la atención domiciliaria; la atención primaria de salud; una estrategia farmacéutica nacional y mejorar la presentación de informes sobre los progresos realizados en estas reformas.

(<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>)

En 2005, el sistema fue desafiado por una decisión judicial que abrió las puertas para dar legitimidad a la contratación de servicios privados, aun dentro de las prestaciones básicas definidas. En efecto, el llamado “Caso Chaoulli”³⁸ dio lugar a una inesperada decisión de la Corte Suprema de Canadá que estableció que –en el marco de las largas listas de espera para atención considerada básica– la Ley de Seguro de Salud de Quebec y la Ley de Seguro de Hospitales violaron la Carta de Quebec de los Derechos Humanos y de las Libertades al prohibir la constitución de un seguro médico privado para cuidados de ese tipo. Si bien el fallo es vinculante sólo en Quebec, sentó un precedente que puede reducir el riesgo político de introducir cambios en el sistema para asegurar que los pacientes no sufran innecesarias esperas o dar lugar a medidas como reducir o remover las prohibiciones de seguros privados para cubrir prestaciones básicas también en otras jurisdicciones (Marmor et al, 2009).

En el año 2007, todas las provincias y territorios se comprometieron públicamente a establecer un acuerdo para garantizar la reducción de los tiempos de espera de los pacientes (*Patient Wait Times Guarantee*) en un área clínica de prioridad para el año 2010 y la realización de proyectos piloto para evaluar su cumplimiento e informar sobre su aplicación. Este acuerdo consiste en la oferta de opciones de cuidado alternativo (por ejemplo, la derivación a otro médico o centro de salud) en el caso de pacientes cuyos tiempos de espera exceda un plazo definido en el que los servicios de salud médicamente necesarios deben ser proporcionados.

(<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>).

El rol del gobierno nacional

El gobierno federal fija y vela por el cumplimiento de principios (normas) en las que se basa el sistema nacional de salud; asiste financieramente a los sistemas de salud provinciales a través de financiamiento vía transferencia de fondos de origen fiscal (impuestos); brinda servicios y provee o financia otras funciones/actividades, como las de salud pública, programas de protección o investigación. El gobierno nacional, además, brinda servicios a grupos específicos de población (*First Nation*, veteranos); atiende la salud de los miembros del personal de las Fuerzas Armadas; tiene a su cargo aprobar medicamentos y material de uso médico para todo el país y controla la situación sanitaria en las fronteras.

Health Canada es la oficina del gobierno federal responsable de ayudar a los canadienses a mantener y mejorar su salud. Se propone que Canadá sea uno de los países con la población más saludable. Su trabajo se basa en la investigación científica, también desarrolla consultas entre la población para identificar la forma de satisfacer mejor sus necesidades de atención médica a largo plazo y realiza campañas de prevención mediante la información a la población sobre riesgos prevenibles y la promoción de hábitos saludables.

El rol de los gobiernos provinciales y de los territorios

Como ya se ha mencionado, los gobiernos provinciales y territoriales administran y brindan servicios médicos de acuerdo a los principios y normas del sistema, ofrecen un plan de cobertura médica y servicios hospitalarios sobre una base de pre-pago y sin costo en el punto de atención. Estos servicios, que cada provincia o territorio ofrece, son financiados con el apoyo de fondos federales. Además, los gobiernos provinciales y territoriales tienen la facultad de aprobar las leyes que rigen el financiamiento y la prestación de servicios de salud; planifican actividades de promoción de la salud y de la salud pública y negocian las tarifas con los profesionales de la salud.

Dado que los servicios que se consideran “necesarios” están solo definidos de una manera muy amplia en la Ley, son las provincias las que determinan cuáles serán considerados dentro de esa categoría. En general, los planes de seguro se definen en consulta con los colegios médicos o grupos profesionales de cada área. Las provincias o territorios, en cumplimiento de la Ley, asumen el compromiso de cubrir el costo total del paquete de cobertura necesaria.

La mayoría de los gobiernos provinciales y territoriales ofrecen programas de ayuda a ciertos grupos poblacionales (como ejemplo: grupos de bajos recursos, o personas de edad avanzada) que les permitan acceder a prestaciones no contempladas en los planes como medicamentos extra-hospitalarios, costo de traslados en ambulancias, ayuda visual o auditivas.

Recursos físicos y humanos

En 2006, se estimaba que más de un millón de personas trabajan directamente en el sector de atención de la salud, lo cual representa el 6% de la fuerza de trabajo del país (Health Canada, 2014).

En el período 2005–2009, el personal médico aumentó en un 10,5%, el número de médicos licenciados en el extranjero aumentó el 14,3% y el número de enfermeras aumentó el 8,5%. En 2009 había 68.101 médicos activos y 348.499 enfermeras certificadas en Canadá. Entre las enfermeras certificadas el 76,4% eran enfermeras diplomadas, 22,1% eran auxiliares y el 1,5% eran enfermeras de psiquiatría (OPS, 2012).

En el año 2011, Canadá tenía 2.4 médicos por cada 1000 habitantes. La relación médico por habitante ha tendido a incrementarse en los últimos años pero es menor que la del promedio de la OECD (3,2). En el mismo año había 9,3 enfermeras por cada 1000 habitantes, poco más que el promedio de la OCDE de 8,7.

Los hospitales están estructurados como entidades sin fines de lucro y son considerados entidades públicas, a pesar que no pertenecen a los gobiernos provinciales/territorios. Sólo existe un número reducido de hospitales de propiedad de inversores que son considerados privados.

Como en otros países de la OCDE, Canadá ha reducido su capacidad hospitalaria en las últimas décadas, esta reducción se dio en el marco de un proceso de regionalización e integración de servicios. Se cerraron numerosas unidades hospitalarias más pequeñas, se integraron distintas unidades en el intento de consolidar un sistema hospitalario con menos, pero más integradas unidades (Marmor et al, 2009).

Entre 1990 y el año 2000 el número de hospitales se redujo de 900 a 774. En el año 2000 los hospitales empleaban a 1,1 millones de personas, entre las que se incluían 200.000 enfermeras. El número de camas de cuidado de agudos ha descendido sostenidamente desde 1990 (4,6 por cada mil habitantes a 3,2 en el año 2000, descendiendo en 2010 a 1,7 por mil habitantes). Con oscilaciones, el promedio de días de estadía en hospitales se ha reducido de 4,7 en 1980 a 3,5 en 1990, pasando de 2,0 en 2000 a 1,7 en 2010. Para ese mismo año, el número total de camas fue de 2,8 por 1.000 habitantes, bastante por debajo del promedio de la OECD (4,8 camas por cada 1.000 habitantes).

Estos valores muestran que el número de camas de hospital en Canadá ha tendido a disminuir y esta disminución ha coincidido con una reducción de la duración media de estadía en hospitales y con un aumento en el número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios. La reducción de la capacidad hospitalaria ha tenido como contracara el fortalecimiento de servicios basados en la comunidad como unidades de cuidado domiciliario. Por otra parte ha crecido de manera notable la disponibilidad de tecnologías avanzadas de diagnóstico.

Durante la última década, ha habido un rápido crecimiento en la disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como tomografía computada y resonancia magnética, el número de equipos de resonancia magnética se ha incrementado significativamente con el tiempo, para llegar a 8,5 por millón de habitantes en 2011 y, para el mismo año, 14,6 equipos de tomografía computada por millón de habitantes. Ambos promedios se ubican por debajo del correspondiente a la OECD (13,3 y 23,2 por millón de habitantes respectivamente).

Formación y distribución de los recursos humanos

Los distintos proveedores de salud tienen diferentes status de regulación de su actividad, los Colegios profesionales regulan la actividad de profesionales como los médicos, enfermeras/os y otros profesionales.

La mayoría de los médicos trabajan de manera independiente o en grupos de especialidades complementarias o afines, en centros de salud comunitarios, grupos de atención primaria o en hospitales. En general, no son empleados del gobierno. Las enfermeras se concentran en los hospitales, aunque también desarrollan su labor en centros comunitarios, cuidados domiciliarios u otras instituciones públicas. Los dentistas en general ejercen su labor de manera independiente, sus servicios no están cubiertos en el sistema de cobertura pública, con la excepción de los servicios de cirugía hospitalaria.

En los primeros años de la década de los noventa se evaluaba la existencia de un exceso de médicos y la matrícula de médicos en las universidades fue reducida en un 11,3%, en parte en base a las recomendaciones de un informe producido por economistas de la salud (Barner y Stoddart). El mismo informe recomendaba reformar la manera en que se proveían los servicios de salud, de modo de reemplazar a los médicos por otro tipo de profesionales en ciertas tareas. Si bien no hubo avances en este sentido, sí se tomaron otro tipo de medidas como restringir la inmigración de profesionales médicos. En la década del 2000, en el marco de la agudización de las listas de espera, esta evaluación se modificó y se revirtieron las medidas, promoviéndose una ampliación de la matrícula así como el ingreso de médicos extranjeros (Detsky, 2003).

Cobertura

Están cubiertos por los planes provinciales o territoriales los ciudadanos canadienses y los residentes permanentes³⁹ en cada provincia o territorio. Se excluyen de esta cobertura a los miembros activos de las Fuerzas Armadas y a la población de los centros penitenciarios federales.

Según el texto de la Ley, los servicios hospitalarios cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes servicios prestados a pacientes internos o pacientes ambulatorios en un hospital, si los servicios son médicamente necesarios para mantener la salud, prevenir la enfermedad, alcanzar el diagnóstico o brindar el tratamiento de una lesión, enfermedad o discapacidad, la Ley lista los siguientes servicios:

- (a) el alojamiento y las comidas de un nivel estándar.
- (b) servicios de enfermería.
- (c) servicios de análisis de laboratorio, radiológicos y otros procedimientos de diagnóstico.
- (d) los medicamentos, productos biológicos y preparados cuando se administran en el hospital.
- (e) el uso de la sala de operaciones y las instalaciones de anestesiología, incluyendo los equipos y los suministros necesarios.
- (f) equipo médico y quirúrgico.
- (g) el uso de las instalaciones de radioterapia.
- (h) la utilización de instalaciones de fisioterapia.
- (i) los servicios prestados por personas que reciben remuneración desde el hospital.

Hay seguros de salud que las empresas pagan a sus empleados, estos seguros son considerados como parte del salario y es práctica frecuente. Como el seguro público de salud no considera como servicios básicos a las prestaciones de odontología es común que los seguros de salud se centren en estos servicios. Del mismo modo, hay seguros para los medicamentos que sólo parcialmente están contemplados en el seguro de salud. La hotelería en casos de internación por fuera de lo considerado estándar también es materia de seguros complementarios y se permite que el usuario pueda pagar de su bolsillo una mejor hotelería cuando se interna.

Todas las provincias permiten la cobertura de los seguros privados de los servicios médicos y hospitalarios que no son “medicamente necesarios”. La acción de las provincias al dejar fuera de la cobertura del seguro a ciertos servicios hospitalarios y médicos, considerándolos como médicamente innecesarios, aumenta potencialmente el papel de las aseguradoras privadas. Este mayor papel por supuesto depende de que las aseguradoras privadas encuentren rentable extender la cobertura a este tipo de servicios. Mucho más importante, sin embargo, es el creciente papel de las aseguradoras privadas en la cobertura de los bienes y servicios que no están protegidos por la Ley de Salud de Canadá (por ejemplo, los medicamentos necesarios fuera de los hospitales, equipos médicos y los cuidados domiciliarios).

Si bien en las provincias existen planes para cubrir otros gastos de medicamentos a poblaciones específicas como los mayores o beneficiarios de la seguridad social (“pharmacare”), algunas han incorporado cargos a los usuarios y han constituido planes que combinan fondos públicos y privados para cubrir los costos de los medicamentos prescritos. También existen variaciones entre las provincias en relación con la financiación y el rango de servicios domiciliarios que prestan. Estas inconsistencias son difíciles de conciliar con la idea de un sistema nacional de salud (Detsky, 2003).

Financiamiento

El sector público es el principal financiador de los gastos de salud en Canadá, con un porcentaje cercano al 70% del gasto total en los últimos cinco años.

Desde 1957 a 1977, la contribución financiera del gobierno federal en apoyo de la atención de salud se determinaba como un porcentaje (50%) del gasto provincial y territorial en servicios médicos y hospitalarios. En 1977, en virtud de los acuerdos fiscales federales y provinciales y la Ley de Financiación de los programas, los costos compartidos fueron sustituidos por un paquete financiero que combina porcentajes sobre los Impuestos establecidos y fondos específicos. A través de transferir un porcentaje sobre impuestos, el gobierno federal redujo su carga impositiva a las provincias y, en compensación, las provincias subieron sus impuestos. Este nuevo mecanismo de financiación destinado a los gobiernos provinciales y territoriales, les permite a ambas jurisdicciones invertir fondos para el cuidado de la salud de acuerdo con sus necesidades y prioridades.

La legislación federal aprobada en 1995, consolidó la transferencia federal de recursos y de impuestos en apoyo a la atención de la salud, la educación post-secundaria, los servicios sociales y la asistencia social en un solo bloque “Transferencias para Salud y Educación de Canadá (*Canada Health and Social Transfer-CHST*), que comenzaron a ser operativas en el año fiscal de 1996-1997.

Bajo el acuerdo, las transferencias de dinero del gobierno federal en apoyo de la atención de salud se incrementaron, y luego a partir de abril de 2004, la CHST se dividió en la transferencia de la Salud, por un lado y la Transferencia Social para la educación post-secundaria, los servicios sociales y la asistencia social, por el otro.

Para apoyar el *Plan de 10 años para el Fortalecimiento de Cuidado de la Salud* antes citado, en 2004 el gobierno federal aumentó las transferencias para el cuidado de la salud, incluyendo los aumentos anuales a la Transferencia de Salud de Canadá 2006-07 hasta 2013-14 para proporcionar un crecimiento previsible de la financiación federal. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>)

Para sufragar los costos de los servicios financiados con fondos públicos, incluida la atención de salud, el gobierno federal también ofrece pagos de compensación a las provincias menos prósperas y a los territorios.

Los hospitales se financian a través de presupuestos anuales, en general por un monto global que incluye los gastos proyectados y los límites de gasto. Estos presupuestos se negocian con los ministros o autoridades de salud provincial o territorial que corresponda o comités que tengan tal función. El presupuesto global es la forma de financiamiento más frecuente, en algunas provincias se utilizan otras fórmulas (según partidas específicas; basadas en información demográfica y epidemiológica o también según objetivos políticos o proyectos, entre otras variables).

Gasto ⁴⁰

El gasto total en salud como proporción del PIB fue del 7,0% en 1975. Durante la década de 1970, el gasto total en salud aumentó a tasas que eran casi idénticas a la tasa de crecimiento del PIB, las tasas de crecimiento dejaron de coincidir a partir de 1980. El PIB cayó durante la recesión de 1982 sin recuperar los niveles anteriores a la recesión hasta 1984, mientras que el gasto en salud siguió creciendo durante ese tiempo. En consecuencia, la participación del gasto en salud como proporción del PBI aumentó de forma pronunciada, desde el 6,8% en 1979 al 8,3% en 1983.

Canadá experimentó otra recesión entre 1990 y 1992 y la relación del gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó significativamente, alcanzando el 10,0%, por primera vez en 1992. Posteriormente – entre 1993 y 1997– el gasto en salud creció más lentamente que el PIB y, en consecuencia, la relación gasto en salud con respecto al PIB se redujo cada año en ese período hasta alcanzar el 8,9% en 1997. En el período de 1998 a 2010, nuevamente creció más rápidamente que el PIB mostrando la relación una tendencia de aumento creciente en la última década, alcanzando un nivel máximo de 11,9% en 2009 y 2010.

La tendencia al aumento del gasto ha declinado en los últimos 4 años. Se ha estimado que en 2013 el gasto en salud de Canadá ascendió a US\$ 211 mil millones, lo cual representa el 11,2% del PBI y casi dos puntos porcentuales más que el promedio de la OECD (9.3 %). Canadá se ubica por encima de la media de la OECD en términos de gasto en salud per cápita, US\$ 4522 (ajustados por paridad de poder adquisitivo) en comparación con el promedio de US\$ 3339 de la OECE (OECD, 2013).

Se estima que en 2011 el gasto público alcanzaba el 71% del gasto total en salud y que el 29 % restante correspondía a gasto privado. Este porcentaje de gasto privado es superior al promedio de la OCDE (27%) (OCDE 2014), en el mismo periodo Reino Unido registraba un gasto privado del 17% y EEUU del 52 %.

En 2010, del total del gasto, el gasto del gobierno provincial y territorial en salud representó 65,2%. Otro 5,3% provino de otras partes del sector público como fondos del gobierno federal aplicados a gastos directos, fondos del gobierno municipal y de la seguridad social. El gasto del sector privado se desagrega en tres categorías: el gasto de bolsillo, que representó el 14,5%, los seguros privados de salud que representaron el 11,7% y otros que corresponden a la categoría de “gastos no de consumo”⁴¹ que representaron el 3,3% del gasto total en salud.

El gasto de gobierno presenta diferencias entre las distintas provincias, en promedio se gastaban 3.790 dólares canadienses por persona en 2011, este indicador, ajustado por estructura de edad en las provincias y territorios, mostraba una dispersión muy importante. En territorios menos poblados, más lejanos y aislados como Nunavut el gasto por persona ascendía a 17.478 dólares canadienses por año, en tanto este gasto se reducía a 3.338 en provincias como Quebec. En Ontario y British Columbia también se ubican por debajo del promedio nacional con 3689 y 3532 dólares canadienses, respectivamente.

El crecimiento de los gastos per cápita en salud de los gobiernos provinciales ha sido variable. En 2012 las mayores tasas anuales de crecimiento fueron el 4,9% en la Isla del Príncipe Eduardo y el 4,1% en Terranova y Labrador. En tanto New Brunswick y Ontario mostraron el menor crecimiento anual con el 0,7% y el 1,2%, respectivamente.

La mezcla de financiación pública y privada varía dependiendo del servicio en cuestión. Por ejemplo, el 69,1 % de todo el dinero gastado en medicamentos provienen del sector privado, mientras que sólo el 1,2 % del gasto en servicios médicos proviene del sector privado.

Del gasto total en salud, el 60% corresponde a gasto hospitalario, medicamentos y honorarios médicos. Aunque el gasto sigue creciendo en las tres categorías, el ritmo se ha ralentizado en los últimos años.

Los hospitales representan el 30 % del gasto total en salud. La proporción del gasto total en salud en hospitales se redujo en el período entre 1975 y 2000 de cerca del 45 % a aproximadamente el 30 % en la década de 2000, en la que se mantuvo relativamente estable. La mayoría de los gastos del hospital (más de 60 %) responden a pagos de recursos humanos, la remuneración de los recursos humanos en el sector ha aumentado más que la de otros sectores de la economía. Los médicos representan aproximadamente el 15 % de todo el gasto en salud, frente al 13 % a principios del década de 2000. El gasto médico ha sido uno de los de más rápido crecimiento en las categorías de salud en los últimos años, en gran parte debido al aumento de la compensación a los médicos.

El gasto en medicamentos representa un 16,3% del total del gasto de la salud, un porcentaje que ha disminuido por debajo del máximo de 16,8 % registrado en 2010. Se espera que los esfuerzos del gobierno por controlar los costos de los medicamentos, permitan llegar a una tasa de crecimiento cero del gasto en este rubro. En los últimos años, los ahorros resultantes de la regulación de precios de los medicamentos, la caducidad de algunos de las principales patentes y la sustitución de los medicamentos de marca por medicamentos genéricos de menor precio han compensado los aumentos en el volumen y mayores gastos por cambios en los tipos de medicamentos que se utilizan.

Se estima que el gasto, ajustado por población e inflación, ha disminuido en un promedio del 0,2% anual en los últimos 3 años. Esto alienta la hipótesis que se estaría frente a una posible inversión de la tendencia del gasto, que debe ser ponderada por el contexto de modesto crecimiento económico y por los esfuerzos de equilibrar el presupuesto fiscal.

Provisión de servicios y modalidad de pago

La provisión de servicios en el marco del sistema está estructurada según niveles de complejidad y gran parte de los esfuerzos de los últimos años se han centrado en fortalecer el primer nivel de atención. La trayectoria más frecuente de un paciente comienza en los servicios de atención primaria, que tienen la doble función de operar como primer contacto con los servicios y coordinar los servicios que el paciente pueda requerir (servicios más especializados u hospitalizaciones).

Los servicios de atención primaria incluyen actividades de prevención y tratamiento de las enfermedades o necesidades de atención más frecuentes, incluyendo el seguimiento y atención de enfermedades crónicas, salud mental, cuidados paliativos, atención materna e infantil y servicios de rehabilitación.

Los servicios del segundo nivel de atención pueden ser provistos en hospitales, en instituciones a nivel de la comunidad o por las familias. La mayor parte de los cuidados que no se atienden en los hospitales no son cubiertos en el marco de la Ley de salud, pero la mayoría de las provincias proveen, pagan o subsidian algunos de ellos a determinados grupos de población.

En general, la legislación no declara ilegal la práctica médica privada fuera de los planes de salud, pero la desalienta de tal manera que son muy pocos los casos donde esta se brinda y son casi inexistentes los sistemas de seguro de salud privados a pesar de que hay cuatro provincias que no los prohíben expresamente.

La legislación provincial define una serie de regulaciones que tienden a impedir que el sector público subsidie al privado en materia de salud. De las diez provincias canadienses, seis prohíben expresamente los seguros de salud privados, pero en las cuatro que los permiten no se ha desarrollado un sector privado.

Los médicos, en general, perciben honorarios por servicio. En el marco de los planes provinciales/territoriales, los honorarios se negocian entre cada gobierno provincial o territorial y los profesionales de la medicina en sus respectivas jurisdicciones. Los que están en otras configuraciones de la práctica, como clínicas, centros comunitarios de salud y las prácticas de grupo, son más propensos a ser remunerados a través de un sistema de pago alternativo como los salarios o un pago mixto (por ejemplo, pagos de honorarios por servicio, además de incentivos para proporcionar ciertos servicios tales como la mejora de la gestión de las enfermedades crónicas). Las enfermeras y otros profesionales de la salud son generalmente remunerados a través de salarios que se negocian entre sus sindicatos y sus empleadores.

Existe un sistema muy estricto de control sobre lo que facturan los médicos y agentes de salud que permite detectar cuando sobrepasan límites razonables y se los obliga a devolver montos "dólar por dólar" y se sanciona a las provincias, desde el gobierno nacional, con multas y reducciones de aportes. Son las provincias las que pagan a los médicos y agentes de salud, pero el estado nacional ejerce el control del gasto.

Modalidad de pago por tipo de oferente

La ley marco establece que las prácticas médicas tendrán aranceles que son fijados por comisiones en las que participan los profesionales de la salud, junto a representantes estatales provinciales. El Estado Nacional supervisa estos procesos y tiene poder de veto tanto sobre los aranceles fijados como sobre los gastos realizados por cada provincia y lo pagado a los profesionales de la salud.

Existen limitaciones muy complejas para que los médicos mejoren sus ingresos con honorarios del sector privado y si incurren en estas prácticas corren el riesgo de ser separados del sistema público y con ello dejan de percibir ingresos del plan de salud estatal.

Distintos términos sirven para expresar la posibilidad que tiene cualquier médico canadiense de optar por renunciar a sus derechos de facturar al plan público y aceptar oportunidades de práctica en el sector privado: “no participación”, “no matriculación”, “practicar fuera de la ley” o “no están sujetos al acuerdo”.

Cada plan provincial permite a los médicos optar ser o no proveedor del seguro provincial. En Manitoba, Nueva Escocia y Ontario el incentivo financiero para excluirse del plan público es muy débil ya que los médicos que optan por la salida no pueden cobrarle al paciente más de lo que recibirían si estuvieran trabajando dentro del plan. En todas las demás provincias, los médicos que opten por salirse del sistema público pueden fijar sus tarifas en cualquier nivel. Sin embargo, con excepción de las provincias de Terranova y la Isla Prince Edward todas las restantes, tienen en marcha medidas que prohíben las subvenciones al sector privado con fondos públicos. De esta manera, se puede afectar negativamente el acceso a servicios de atención médica privada, ya que los pacientes deben soportar el costo inicial de la atención y luego solicitar el reembolso del plan público o pueden no tener derecho a los fondos públicos para subsidiar el costo de la compra de sus servicios (Flood y Archibald, 2001).

La facturación adicional, es un sistema por el cual un médico cobra a sus pacientes un suplemento o recargo por servicios cubiertos por el plan público. Por lo tanto, el médico recibe no sólo el pago del plan público, sino también un adicional facturado al paciente. En esta situación, el paciente podría pagar ese costo adicional de su bolsillo (a cargo del usuario) o a través de un seguro privado³⁶.

En cumplimiento de la Ley de Salud de Canadá, las provincias usan dos tipos de medidas para desalentar una facturación excesiva, la prohibición directa, considerando la facturación un hecho ilegal, y/o la eliminación de las subvenciones públicas. En aquellas provincias que prohíben explícitamente una facturación excesiva si los médicos deciden hacerlo, pueden estar sujetos a una serie de sanciones, incluyendo multas, suspensión de la participación en el plan público y/o las actuaciones disciplinarias.

Con la excepción de 4 provincias (Alberta, Nueva Brunswick, Isla del Príncipe Eduardo y Saskatchewan), los médicos tienen prohibido facturar a sus pacientes directamente. En las otras 6 provincias, los médicos tienen que renunciar a sus derechos a ser pagados con cargo al plan público para el período durante el cual desean facturar directamente a los pacientes. Esto se logra ya sea por la exclusión voluntaria del plan público en su totalidad o, como en la Columbia Británica, con la elección para recibir el pago de otras fuentes diferentes al público, sin llegar a la exclusión voluntaria en forma total. Hay una excepción limitada a la última opción en la Columbia Británica y Terranova, donde los especialistas pueden optar y facturar por los servicios que prestan a los pacientes que no fueron remitidos a ellos por otro médico, pero deben hacerlo hasta el nivel tarifario fijado por el estado (Flood y Archibald, 2001).

La demanda de los servicios prestados por grupos de médicos que optan por la facturación directa o que brindan servicios que no son cubiertos dentro del sistema, ha disminuido, ya que los pacientes tienen que pagar por estos servicios con fondos totalmente privados.

Resultados del sistema

Indicadores de salud, principales desigualdades

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, en Canadá se dan una serie de condiciones que favorecen un mayor estado de bienestar por parte de la población. De hecho, la medición del *Índice para una Vida Mejor* de la OCDE (2013), da cuenta de una serie de condiciones para crear un clima de confianza de la población en la sociedad. En Canadá se registra un alto grado de satisfacción con la vida en general: 82% de las personas dicen tener más experiencias positivas en un día normal (sentimientos de paz, satisfacción por sus logros, gozo, etc.) que negativas (dolor, preocupación, tristeza, aburrimiento, etc.). Esta cifra es mayor que el promedio de la OCDE de 80%.

Entre los factores que concurren en crear este clima de bienestar se destacan un ingreso per cápita superior al promedio de la OCDE, una mayor proporción de población con empleo remunerado, jornadas de trabajo menos extensas, niveles educativos elevados, calidad educativa, factores medioambientales (polución y calidad del agua) comparativamente favorables. A pesar de un relativamente más bajo nivel de participación política, al compararlo con los valores de participación en la OCDE, Canadá registra un fuerte sentido de comunidad.

Siguiendo el mismo estudio, si bien se registran indicadores de mayor inclusión social, como sería la escasa diferencia en la participación electoral de distintos estratos de la sociedad, en Canadá existen significativas brechas económicas: la población situada en el 20% superior de la escala de ingresos gana más de cinco veces lo que percibe la población que ocupa el 20% inferior.

En términos de resultados de salud, el nivel de expectativa de vida de la población canadiense se ubicaba en el puesto 12 a nivel internacional en 2011. Pese a la caída relativa en el ranking mundial (en 1990 sólo dos países en el mundo superaban la expectativa de vida de Canadá), la expectativa de vida de los canadienses aumentó en ese periodo de 77,6 a 81 años. En el caso de los varones, la evolución fue de 74 a 78 y de 80 a 82 en la población de mujeres. (OCDE).

Las ganancias en años de expectativa de vida son diferenciales según áreas geográficas y sectores socioeconómicos. Mientras en 2009 en promedio la expectativa de vida era de 81 años para la población canadiense en el territorio de Nunavut llegaba a 71,6 años. Los hombres de los niveles económicos más altos vivían en promedio 81 años y las mujeres 84, en tanto en los sectores más pobres la expectativa de vida se reducía a 76 y 82 años, respectivamente.

La esperanza de vida para pacientes diagnosticados con cáncer aumentó significativamente entre 1994 y 2008. Mientras el 52% de las personas diagnosticadas con cáncer tenía una expectativa de vida de cinco años o más en 1994, este porcentaje se elevó al 63 por ciento en 2008 (Canadian Cancer Society, citado en CIHI, 2014).

En los últimos 30 años se redujo en un 50% la tasa de muertes evitables en el país y en un 72% la tasa de muerte relacionada con afecciones cardíacas o circulatorias. El 30% de las muertes de la población menor de 75 años se deben a causas prevenibles o tratables. Las probabilidades de muerte por causas evitables es dos veces más alta entre aquellos canadienses que viven en áreas más pobres que aquellos que viven en las áreas más ricas. (CIHI 2014).

En relación con la población infantil se ha estimado que el 74 por ciento de los niños alcanza un desarrollo adecuado a los cinco años, el indicador muestra diferencias según género, el 81% de las niñas y el 67% de los niños tienen un desarrollo considerado adecuado a la edad de 5 años. Este indicador también presenta diferencias según nivel socioeconómico mientras se considera que el 80 % de los niños que viven en zonas ricas ha alcanzado un nivel adecuado de desarrollo, este porcentaje desciende entre los niños que viven en áreas pobres (CIHI 2014).

Percepción de los ciudadanos

A pesar de la percepción sobre las limitaciones del sistema para dar respuesta en función de demandas y expectativas de la ciudadanía, el sistema tiene alta consideración positiva en la población. Hace más de una década que los problemas más visibles del sistema, tales como las denominadas “listas de espera” para cirugías, internaciones o atención en ciertas especialidades están plenamente instalados en la agenda social y son motivo de permanente debate.

La percepción del sistema por parte de la población está condicionada por sus propias experiencias, la de personas cercanas y por los medios de comunicación. Estos últimos, proveen una visión más general, a menudo subrayando los elementos más conflictivos. Un estudio del 2011 de la Fundación para la Investigación del Sistema de Salud Canadiense (*Canadian Health Services Research Foundation*) demostró que:

- La actitud de los canadienses en relación con el sistema de salud ha mostrado una leve mejoría en los últimos cinco años (2005–2010) y que los niveles de aprobación eran comparativamente más bajos en Quebec que en otras provincias o territorios.
- Los canadienses se sienten confiados que accederán a atención de calidad si se enferman seriamente; al mismo tiempo que creen que no están recibiendo atención de calidad.
- La mayoría de los encuestados cree que el sistema está en “estado de crisis” y que necesita ser completamente o casi completamente rediseñado.
- La mayoría de los canadienses encuestados había tenido acceso a un médico de familia y evaluó como excelentes o buenos los servicios recibidos. Sin embargo el acceso en tiempo adecuado tanto a médicos generalistas como especialistas fue considerado como pobre. En el caso de la atención de emergencia ésta fue calificada como muy pobre.
- En la última década ha crecido el número de canadienses que piensa que el sistema es financieramente insostenible.
- A pesar que la sostenibilidad financiera del sistema es una preocupación, la mayoría de los canadienses se resisten a la idea de una privatización. El apoyo al pago de bolsillo se señala para los casos en que los servicios con financiamiento público no pueden dar atención en tiempos adecuados.
- Los canadienses fuertemente apoyan el sistema público basado en impuestos para el pago de médicos y hospitales, pero piensan que estos servicios deberían ser ampliados y cubrir el costo de otros servicios como medicamentos.

Acceso a los servicios

Acceso a médicos de familia

A pesar del aumento en el número de médicos de familia en términos absolutos y relativos aún no ha mejorado el acceso a este recurso. La relación médico de familia cada 100.000 habitantes aumentó de 96 a 106 entre 2003 y 2011, sin embargo el 17 % de las personas no tiene un médico de familia (este porcentaje era el 15 % en 2003 según *Statistics Canadá* 2014).

En Canadá el 22% por ciento de los médicos informa que sus pacientes pueden tener una cita en el mismo día o al día siguiente. Este porcentaje se eleva al 47 % en EEUU, al 55 en Reino Unido y al 86 por ciento en Francia (*Commonweath Fund International Health Policy Survey*, 2012).

Existen diferencias en el acceso a los médicos de familia según los niveles de ingreso y según género. El 91% de las mujeres y el 84 por ciento de hombres de mayores ingresos tienen un médico de manera regular. Estos porcentajes se reducen al 85 y 74% respectivamente, entre la población más pobre. También la situación de acceso a la consulta regular es diferencial según área geográfica. Mientras, en promedio, el 85,1 por ciento de los canadienses informa tener un médico de manera regular en provincias como NU el porcentaje se reduce al 17,9 y en NT al 39,7 % y 71,1 en IT. En tanto estados como NB registra un porcentaje con 93 % (el mayor porcentaje) y Ontario un 91,2% (*Statistics Canadá* 2014).

Tiempos de espera

Los tiempos de espera constituyen uno de los desafíos más importantes del sistema. Se estima que en Canadá un 29% de la población necesita esperar más de dos meses para ver a un especialista. Este porcentaje es relativamente elevado cuando se lo compara con otros países de la OCDE (Estados Unidos 6%, Reino Unido 7%, Francia 18%). Uno de cada seis habitantes espera tres meses o más para ver un especialista (17%).

Uno de los ejemplos de espera es el de la cirugía de reemplazo de rodillas y cadera⁴². El 81% de las personas que necesitaban reemplazo de cadera o rodilla accedieron a la cirugía en el tiempo recomendado de espera de seis meses en 2010, este porcentaje se redujo al 77% en 2012, debe considerarse que en ese periodo el número de cirugías aumentó fuertemente con 12.000 casos adicionales ya que en 2010 fueron 73.000 y en 2012 se registraron 85.000 casos.

También se registran diferencias entre las distintas jurisdicciones y provincias como Ontario que cumplen con la norma de un máximo de espera en un 86 %, en tanto provincias como en Isla del Príncipe Eduardo donde el porcentaje se reduce al 41 %.

Calidad de atención

La calidad se refiere a la posibilidad de acceder al mejor y más seguro cuidado dentro del sistema y al hecho de que las distintas partes del sistema trabajen coordinadamente para dar respuestas adecuadas a la población. Algunos indicadores sirven para dar cuenta de la calidad de atención y plantean desafíos a resolver. Como ejemplo pueden citarse las tasas de readmisión hospitalaria, muertes hospitalarias, medicación inadecuada e internaciones evitables. En 2011, uno de cada 12 pacientes era readmitido dentro del lapso de un mes posterior al alta hospitalaria debido a complicaciones.

En los últimos cinco años, las muertes hospitalarias han descendido en un 18%, la tasa de defunciones hospitalarias ha descendido desde 108 defunciones en 2007 a 91 en 2011. Las principales causas de muerte hospitalarias se relacionan con problemas cardiacos, pulmonares, e infecciones.

Uno de cada tres residentes en *nursing homes* es medicado con medicinas antipsicóticas sin un adecuado diagnóstico. También uno de cada diez enfermos mentales tiene al menos tres internaciones hospitalarias por año que podrían ser evitadas con tratamientos en el marco comunitario.

Perspectivas y desafíos (futuro)

El sistema de salud canadiense enfrenta importantes desafíos relacionados con factores económicos generales como las restricciones fiscales; factores internos al sector salud como los cambios en la modalidad de prestación de los servicios y la incorporación de nuevas tecnologías y con factores demográficos y sociales como el envejecimiento poblacional. Además, el sistema debe dar respuesta a factores políticos como la presión que ejercen grupos de interés y agentes sectoriales para modificar el balance público–privado en el que se sustenta el sistema y que buscan tener una mayor participación en el sector.

Diferentes estimaciones del posible comportamiento futuro del gasto en salud, plantean que uno de los principales objetivos será el de lograr alcanzar las metas de salud previstas sin un sustancial incremento del gasto público.

Mejorar el acceso a los servicios de salud ha sido la prioridad en la última década, si bien se han observado importantes logros, sigue siendo uno de los principales desafíos del sistema. Otro de los temas prioritarios de la agenda, es la reducción de las desigualdades en materia de salud y de acceso a servicios.

En términos de la organización sectorial avanzar en el cumplimiento de metas requerirá un esfuerzo por recrear las formas para hacer más eficiente el uso de los recursos dentro del sistema. Medidas como la regionalización de los servicios hospitalarios, la integración de los servicios públicos de atención con instituciones basadas en la comunidad se impone y los esfuerzos por reformar la atención primaria necesitarán ser profundizados.

SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

Características generales del sistema de salud y su contexto

Actualmente el sistema mexicano de salud se caracteriza por contar un sector privado extenso y poco regulado y un sector público fragmentado en diversas instituciones y organismos a través de los cuales se financian y prestan servicios de salud a distintos segmentos de la población.

Los primeros antecedentes que se mencionan en la construcción del sistema de salud se sitúan en el siglo pasado con la creación, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es decir que la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública (hoy Secretaría de Salud), la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México conforman los primeros pasos del sistema actual. Este esfuerzo continuó a lo largo del siglo XX con el establecimiento del resto de las instituciones de seguridad social, la incorporación del derecho a la salud en el Artículo 4º de la Constitución Política en 1983, y la promulgación de la Ley General de Salud (febrero de 1984).

Hasta las últimas modificaciones, las condiciones laborales han determinado el subsistema de salud que le corresponde a cada grupo de población. El seguro de salud de la seguridad social es obligatorio y se rige por un marco legal propio. Protege a los trabajadores formales y sus familias y cubre aproximadamente al 45% de la población. Los seguros privados tienen poca relevancia en términos de su cobertura poblacional ya que no supera el 5,8%.

A partir del año 2003, con la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) mecanismo de operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se tiende a eliminar la brecha financiera entre la población con y sin seguridad social al garantizar, a esta última, la cobertura de salud a través de un conjunto acotado de prestaciones. Estas prestaciones se encuentran detalladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). El catálogo contiene 284 intervenciones correspondientes al primero y segundo nivel de atención y los mecanismos para contar con los recursos para hacer frente a gastos catastróficos que incorpora, hasta la fecha, 57 enfermedades de alta especialidad, integrados en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC). Los beneficios de estos paquetes de servicios, al igual que los afiliados, se expanden de manera continua, de tal forma que para finales del 2012 el Seguro Popular contaba con cerca de 50 millones de afiliados.

El seguro popular se financia con fondos del estado federal, de las entidades federativas y de cuotas de los beneficiarios reguladas según la capacidad contributiva o económica.

Por las características mencionadas, el sistema de salud mexicano es un sistema mixto con una fuerte participación del gasto privado, mayoritariamente gasto no programado de bolsillo.

Los sistemas estatales de salud reciben fondos de acuerdo a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) desde el Fondo de aportaciones a los servicios de salud, también reciben fondos por convenios con la Secretaría de Salud Federal y del Seguro Popular cuando son proveedores de servicios para los beneficiarios del mismo.

Como síntesis se presenta el siguiente recuadro:

MARCO CONSTITUCIONAL
Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.
Artículo 4o. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

MARCO REGULATORIO ESPECÍFICO
Ley General de Salud
Ley del IMSS
Ley del ISSSTE
Condiciones Generales de Trabajo PEMEX
Regulaciones específicas para las Fuerzas Armadas

MARCO PROGRAMÁTICO / POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS
Plan Nacional de Desarrollo
Programa Nacional de Salud
Programas Institucionales de Salud
Programas de Salud de las Entidades Federativas

Demografía y economía

México se encuentra entre los once países más poblados del mundo, en el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI, se contaron 112.336.538 habitantes. Durante los últimos 60 años la población en México ha crecido cinco veces⁴³. Actualmente el crecimiento anual de la población tiene una tasa del 1.1 y la tasa de fecundidad es de 2.4. La población menor a 15 años representa el 29% de la población total y la mayor a 60 se encuentra en el 9% del total.

De sus 32 entidades federativas (los 31 estados del país y el distrito federal), la de mayor población es el Estado de México (13.5% de la población total del país) y las menos pobladas son Colima y Baja California Sur (0,6 % de la población total del país).

Cuadro N°6***Distribución de la población por Entidad Federativa***

Entidades Federativas	Población 2010	Porcentaje respecto a la pob. Total
Aguas calientes	1184996	1.1
Baja California	3155070	2.8
Baja California Sur	637026	0.6
Campeche	822441	0.7
Chiapas	4796580	4.3
Chihuahua	3406465	3.0
Cohahuila	2748391	2.4
Colima	650555	0.6
Distrito Federal	8851080	7.9
Durango	1632934	1.5
Guanajuato	5486372	4.9
Guerrero	3388768	3.0
Hidalgo	2665018	2.4
Jalisco	7350638	6.5
México	15175862	13.5
Michoacán	4351037	3.9
Morelos	1777227	1.6
Nayarit	1084979	1.0
Nuevo León	4653458	4.1
Oaxaca	3801962	3.4
Puebla	5779829	5.1
Querétaro	1827937	1.6
Quintana Roo	1325578	1.2
San Luis Potosí	2585518	2.3
Sinaloa	2767761	2.5
Sonora	2662480	2.4
Tabasco	2238603	2.0
Tamaulipas	3268554	2.9
Traxcala	1169936	1.0
Veracruz	7643194	6.8
Yucatán	1955577	1.7
Zacatecas	1490668	1.3

Fuente: INEGI. Panorama Sociodemográfico, 2011

En la población mexicana pueden encontrarse los siguientes grupos: los mexicanos de origen español, los indios y los mestizos (español y amerindio) que es el grupo más numeroso representando cerca del 55% del total de la población.

Los últimos años se caracterizan por una descentralización de la población, jóvenes que emigran a ciudades más pequeñas siendo el porcentaje de la población urbana el 78%.

Economía

México cuenta con un territorio muy extenso (1 972 546 km²) y su economía registra un PBI per cápita de U\$S 15100 en 2011 y que se encuentra en posición 63 (Fondo Monetario) o 59 (Banco Mundial) entre los países. El recurso más importante es el petróleo existente, principalmente, en los estados de Veracruz, de Tabasco y de Chiapas. El sector energético es administrado por el gobierno con diferentes grados de inversión privada.

La exploración y venta de petróleo la realiza la compañía del estado Pemex, el volumen de producción de petróleo bruto es de alrededor de 920 millones de barriles por año, esto posiciona a México entre el quinto y sexto lugar en el ranking mundial, la de gas natural, de 22.800 millones de m³ (décimo en el ranking mundial), y la de carbón, de 11,1 millones de toneladas. Destacan también recursos como la plata (primero en el ranking mundial con una producción de 2.000 toneladas por año, el oro y la producción de cobre.

La estructura económica actual surge de un conjunto de características entre las que se menciona la propiedad de los recursos naturales de la nación a partir de la Constitución de 1917, la reforma agraria⁴⁴ y otras nacionalizaciones como la ferroviaria (1936) y la petrolera (1938). También han impactado los mecanismos desarrollados para atenuar los impactos de los ciclos económicos caracterizados por el crecimiento del endeudamiento externo y la precarización laboral (1960–1980). A partir de ese momento el gobierno mexicano intenta la aplicación de nuevas formas de financiamiento y de incentivos para el crecimiento, control de la inflación y del déficit fiscal.

Desde 1987 existe una nueva estrategia de desarrollo y crecimiento que cuenta con la firma del primer Pacto Económico que propone nuevas prioridades como las exportaciones y el sector manufacturero privado.

Los problemas que debe aún enfrentar la economía mexicana son la disparidad regional y la distribución de la riqueza. A pesar de que en los últimos estudios el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en todas las entidades federativas es medio y alto (0.70 – 0,80) los estados del norte⁴⁵, centrales y del sureste tienen niveles de desarrollo superior a los estados del sur. La salud y la educación son considerados campos estratégicos ya que se entiende que la desigualdad entre distintos grupos sociales y estados federales refleja una cobertura educativa y sanitaria incompleta que afectan al crecimiento económico.

México cuenta con un gasto público total relativamente bajo como porcentaje del PIB (21.9%, aproximadamente la mitad de la media de los países de la OCDE) que debe mejorar la eficiencia en su asignación venciendo los problemas asociados a la fragmentación y la baja calidad de los servicios que recibe gran parte de la población.

Parte de la situación económica de la población puede ser analizada a partir de la información relacionada con la pobreza.

Cuadro N°7***Indicadores de Pobreza Año 2012 en %***

Población en situación de pobreza	45.5
Población en situación de pobreza moderna	35.7
Población en situación de pobreza extrema	9.8
Población vulnerable por carencias sociales	28.6
Población vulnerable por ingresos	6.2
Población no pobre y no vulnerable	19.8

Fuente: CONEVAL, Medición de la Pobreza 2013

La información procesada y difundida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social⁴⁶ (CONEVAL) muestra que la desigualdad se ha reducido en los últimos 20 años y atribuye esta tendencia a los efectos positivos de los programas sociales federales.

Organización del sistema, antecedentes, regulación, centralización – descentralización

Como ya se ha mencionado, la estructura organizativa del sistema actual data de 1943, año de creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud, ejes del sistema. A partir de ese momento es posible listar una larga secuencia de cambios introducidos en el sistema con la intención de dar a la población una asistencia integral.

Durante los años 1985–87 se han llevado a cabo dos fases de descentralización en las que los estados firmaron Acuerdos para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud. Se reconoce que el objetivo central del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud que, como autoridad sanitaria nacional, tiene las siguientes funciones:

- Conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente.
- Coordinar programas de servicios a la salud de la administración pública federal.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.
- Coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.
- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado y verificar su cumplimiento.
- Controlar la preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.
- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.
- Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal.
- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública.
- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.

Para cumplir con los objetivos mencionados la Secretaría tiene dentro de su estructura diversas organizaciones para la regulación y el control, para los sistemas de información y también instituciones prestadoras de servicios distribuidas en todo el territorio. Los aspectos más relevantes relacionados con la descentralización y centralización serán tratados en el apartado de financiamiento.

La Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. De acuerdo al artículo 5º de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local, por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones. El artículo 7º de la Ley General de Salud establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud.

Por lo expuesto anteriormente la rectoría del sector recae en la Secretaría de Salud, esta secretaría descentralizó a las entidades federativas la prestación de servicios a la población de su responsabilidad y se crearon 32 Secretarías de Salud. Los municipios desarrollan particularmente acciones de salubridad local y las instituciones de seguridad social siguen un esquema vertical y centralizado.

La seguridad social se encuentra conformada, principalmente, por el IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el seguro para los trabajadores de PEMEX Petróleos Mexicanos y el SPSS Sistema de Protección Social en Salud. Las personas con una relación de trabajo formal o no precario están bajo el cuidado del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y si trabajan para el Gobierno Federal son protegidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La seguridad social tiene como beneficiarios a la mitad de la población, aproximadamente, y las personas sin seguridad social son atendidas por instituciones de salud gubernamental bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y, recientemente, por el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular (SPS). Este seguro es el mecanismo a través del cual el Estado mexicano ha intentado garantizar el derecho a la salud de la población que no tiene acceso a la seguridad social⁴⁷. El Seguro Popular se encuentra administrado, a nivel federal, en materia de afiliación y comprobación de gastos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El sector privado se caracteriza por un mercado de seguros complementarios amplio y en crecimiento con escasa regulación, se ha establecido que la regulación debe fijar el tipo de cobertura evitando preexistencias y exclusiones y también mostrar transparencia. Se destaca también la presencia de consultorios privados en todo el territorio que realizan un número considerable de atenciones, aún a las personas aseguradas dando origen al fuerte peso relativo del gasto privado. Las redes de Farmacias de Similares como doctor Simi y las Farmacias del Ahorro, proporcionan medicamentos y atención médica en sus propios consultorios.

Dentro del sistema de salud se encuentra el sistema de información (SINAIS) que cuenta con varios subsistemas, como el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (SICUENTAS).

En el sistema de salud tiene importancia la investigación en biomedicina, medicina clínica y salud pública que se desarrolla en 12 Institutos Nacionales de Salud y diversos centros de investigación del IMSS.

Recursos físicos y humanos

México se encuentra en una posición media alta, incluso mejor que Brasil si se compara la densidad de RHS por diez mil habitantes en los países de América Latina y el Caribe. Esta situación podría incluso mejorar en los próximos años, ya que la producción de médicos y enfermeras en México va en claro aumento.

Cuadro N° 8

Dotación de recursos humanos en instituciones públicas

Tipo de recurso humano	Número de personal Registrado
Médicos en contacto con pacientes	171000
Enfermeras	223000
Paramédicos y personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	85000
Otro tipo de personal de salud	182000
Total	650000

Fuente: Estudios Económicos de OCDE, México 2013

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo estimó, para 2008, que el 60.9% de los médicos empleados se ubicaba en una institución pública y el 39.1% en una institución privada. En el caso de las enfermeras profesionales estos porcentajes fueron respectivamente 86.36% y 13.64%⁴⁸. El número de médicos per cápita aumentó en las últimas décadas, pasando de 1 por cada 1000 habitantes a 2.2 entre 1990 y 2011 pero aún se mantienen por debajo del promedio de la OCDE (3.2 en el 2011). Así mismo, el número de enfermeras por cada 1000 habitantes fue de 2.7 en México en el 2011, mucho menos que el promedio, de 8.7, en los países de la OCDE.

Formación y distribución de los recursos humanos

Dentro de la regulación de la atención a la salud se cuenta con mecanismos para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y enfermería como así también para la titulación y certificación de médicos y enfermeras; la acreditación y certificación de unidades de atención, e instancias de conciliación y arbitraje, y judiciales, para resolver controversias entre usuarios y proveedores de atención a la salud. Se registran alrededor de 80 escuelas y facultades de medicina.

Por otro lado, la Ley General de Salud ha establecido que todas las unidades prestadoras de servicios del SP deben acreditarse de acuerdo con ciertos criterios de calidad, capacidad y seguridad. Más del 37% de los hospitales y 38% de las unidades ambulatorias se encuentran acreditadas.

A pesar del conjunto de medidas que se han tomado, aún la formación y distribución de los recursos humanos no se corresponde con los cambios previstos en el sistema. El compromiso y los acuerdos asumidos entre diversas instituciones desde los años 80 no ha sido suficiente y la formación de Recursos Humanos en Salud sigue orientada a la medicina curativa con foco en los hospitales y las especialidades y (ver recuadro).

México creó, por acuerdo del Ejecutivo Federal, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud el 19 de octubre de 1983. Esta institución es copresidida por el Secretario de Educación Pública y el de Salud y forman parte de ella representantes de las instituciones de la seguridad social y de formación en salud. La Comisión fue creada con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud; así como entre el sector educativo y el sector salud para contribuir a la formulación de políticas de investigación en salud y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo. Posteriormente se crearon los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación, Capacitación de Recursos Humanos e Investigación con el objeto de aplicar las políticas y programas acordados en la Comisión antes mencionada. A su vez la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, está encargada de desarrollar un observatorio de RHS, cuya información pretende contribuir a generar una visión estratégica de formación de recursos humanos

Fuente: OECD, Estudios económicos

Cobertura, financiamiento y gasto

Cobertura

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud.”

En la evolución del sistema de salud, la cobertura ha sido muy heterogénea según las condiciones laborales y el lugar de residencia.

Durante los últimos años se ha incrementado la afiliación de la población sin seguridad social al SP, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) reportó que 51.8 millones de personas habían sido afiliadas al cierre del 2011 y declaró el “logro de la cobertura universal” de salud en 29 entidades federativas.

Como ya se ha mencionado, existen numerosas instituciones que ofrecen seguros y servicios como por ejemplo los sistemas estatales de Protección Social en Salud o Seguro Popular; el programa IMSS–Oportunidades⁴⁹, que otorga servicios de salud a la población rural; los servicios médicos de PEMEX, la SEDENA y la SEMAR, que forman parte de las prestaciones de seguridad social que disfrutaban los trabajadores de esas empresas.

Al mismo tiempo, los institutos estatales proporcionan atención médica como parte de esquemas de protección y seguridad para los trabajadores al servicio de los gobiernos de los Estados como es el caso del ISSEMYN (del Estado de México), ISSTESON (de Sonora), ISSTELEON (Nuevo León), etc. Además de las instituciones mencionadas, que concentran un gran número de beneficiarios de la seguridad social, existe un conjunto de organizaciones que brindan servicios a trabajadores formales específicos como los servicios médicos para trabajadores bancarios y otras empresas a las que el IMSS hace reversión de cuotas.

Por otro lado, existen servicios ofrecidos por las entidades federativas como los hospitales dependientes de los gobiernos estatales (Guadalajara, San Luis Potosí); los servicios para los trabajadores del tren subterráneo “Metro”; las policías auxiliares en el Distrito Federal, entre otros.

Completa el esquema de aseguramiento y acceso a los servicios las empresas de seguros para trabajadores privados, que en un tiempo se integraron bajo el esquema de instituciones de seguros especializadas en salud (ISES); y los servicios privados de médicos generales y especialistas en consultorios, clínicas y hospitales.

Durante los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para alcanzar la cobertura universal, objetivo explícito de la política sanitaria pero aún no se logra garantizar a todos los beneficiarios del SP el acceso efectivo a los servicios de salud. El contexto, caracterizado por fuertes desigualdades entre las entidades federativas, algunas de las cuales continúan con escasa infraestructura médica y recursos humanos, requiere más intervenciones y mejor distribución del gasto, temas que serán ampliados en los próximos apartados.

Financiamiento

En el estudio del financiamiento del sistema de salud se describen las modalidades adoptadas en la obtención y aplicación de los recursos financieros que, como ya se ha detallado, participan fuentes públicas y privadas. El gobierno federal aporta fondos de impuestos generales a la seguridad social, a la secretaría de salud, al SP y a los sistemas estatales de salud que, a su vez, reciben una redistribución de impuestos de acuerdo a lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal a través del denominado Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)⁵⁰ y, también, fondos del seguro popular de salud. El financiamiento de las familias se destina, en una pequeña proporción, a la adquisición de seguros de salud privados y la mayor parte a los denominados gastos no programados o de bolsillo. Las instituciones de seguridad social se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del trabajador y contribuciones del gobierno.

Descentralización de servicios de salud y transferencia de recursos

Antes de los 90, las participaciones determinadas por fórmula se distribuían entre los estados a través de tres fondos: 1) el Fondo General de Participaciones (FGP), integrado con 13% del total de las recaudaciones tributarias anuales del gobierno federal, y distribuido entre los estados de acuerdo con la contribución de cada uno a la recaudación de impuestos federales; 2) el Fondo Financiero Complementario (FFC), un fondo complementario derivado de la misma base tributaria que FGP y 3) el Fondo de Fomento Municipal (FFM), integrado con una fracción de 1% del impuesto adicional a la exportación de petróleo y gas natural y asignado exclusivamente a los municipios. La reforma de los 90s integró los dos primeros fondos en uno sólo que conservó el nombre de Fondo General de Participaciones (FGP).

Desde 1996 que comienza la descentralización de los servicios, la transferencia de recursos desde el nivel federal se realiza a partir de acuerdos de gestión firmados con los Gobiernos de los Estados y de los Municipios. Los fondos recibidos se destinan a la operación de los servicios de salud, de acuerdo a un conjunto de lineamientos como la proporción que debe asignarse a la adquisición de medicamentos y material de curación. Se estableció también que los estados podían participar en la compra consolidada además de poder realizar adquisiciones y pagar contra entrega como incentivo para un abastecimiento eficiente.

Al mismo tiempo, la Federación se comprometió a entregar, a los estados, los recursos necesarios para la adquisición de los medicamentos incorporados en los programas verticales.

El siguiente recuadro ilustra los mecanismos detallados.

...La descentralización de los servicios de salud se concibió como un proceso político, jurídico y administrativo de transferencia de facultadas, programas y recursos de la federación a los gobiernos locales, mediante la distribución de competencias, la coordinación de programas de salud en el nivel local y la integración de los servicios a población abierta bajo la responsabilidad de autoridades estatales. El objetivo fue extender la cobertura, mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud bajo la gestión de las autoridades locales, para fortalecer el federalismo, coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud y promover la participación de los sectores social y privado. Lo anterior implicó que las Constituciones Locales se reformaran y expidieran sus respectivas Leyes Estatales de Salud. Adicionalmente se expidieron diversos decretos, para regular los tiempos y modos del proceso. Asimismo por la vía convencional y a través del Convenio Único de Desarrollo, se suscribieron acuerdos e instrumentos de coordinación entre la federación, los estados y los municipios.

La descentralización se instrumentó de manera gradual en dos etapas: la de coordinación programática y la de integración orgánica. En la primera se realizó el acercamiento gradual de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. La integración orgánica consistió en la fusión de las agencias locales de la Secretaría de Salubridad y asistencia, de un programa federal destinado a zonas rurales y urbanas marginadas a cargo del IMSS y de los servicios que prestaban las propias entidades federativas, para conformar los Servicios Estatales de Salud a cargo de los Gobiernos de cada Estado.

La descentralización adoptó elementos para instrumentar su desarrollo, de acuerdo a las características políticas, jurídicas y administrativas de cada estado: en lo político, se establecieron lineamientos para definir la capacidad de decisión de los gobiernos de los estados y el papel normativo de la Secretaría de Salud. En lo jurídico, se distribuyeron competencias en materia de salubridad general a través de la Ley General de Salud y mediante acuerdos de coordinación. En lo administrativo, se adoptaron esquemas para las estructuras orgánicas, la transferencia de recursos humanos, la entrega de bienes muebles e inmuebles y el financiamiento compartido para la prestación de los servicios, así como los apoyos adicionales a los Servicios Estatales de Salud...

Armando Arredondo, FEDERALISMO Y SALUD: ESTUDIO DE CASO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO – 2001 www.forumfed.org

Las finanzas en el nivel estatal y en el nivel municipal

De acuerdo con las últimas modificaciones al sistema, los estados y municipios se encuentran capacitados para asumir las funciones que les han sido transferidas y, cuentan con libertad para disponer recursos. Los estados administran sus finanzas de diferentes formas ya que dentro de los límites impuestos por la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), la legislatura de cada estado determina sus políticas de impuestos y recaudaciones. La LCF dice muy claramente que de la cantidad total de participaciones federales transferidas a los estados por lo menos el 20% deberá entregarse a los municipios. Además de las asignaciones federales, que representan la fuente de ingresos más importante, todos los estados realizan su propia recaudación a través de diversas fuentes, sobre todo a través de impuestos y derechos (cobros por los servicios públicos) como los impuestos prediales y las tarifas de agua. También se recauda por el cobro de servicios como patentes de automóvil, registro civil, espectáculos públicos.

Por lo tanto, los gobiernos municipales tienen ingresos ordinarios o convencionales y extraordinarios o complementarios, dentro de los primeros se encuentran los ingresos derivados de los servicios públicos que ofrece el municipio y, como ingresos complementarios los municipios cuentan con los fondos que reciben del gobierno federal y del gobierno estatal bajo la forma de subsidios y otras contribuciones para la ejecución de obras públicas, la cobertura del déficit de operación y las situaciones de urgencia.

A pesar de los cambios regulatorios, de gestión y del compromiso de los organismos evaluadores, aún no se ha logrado una responsabilidad descentralizada en la formulación y ejecución presupuestaria. Se afirma que es necesario incrementar las acciones e intervenciones para que la asignación de fondos sea más eficiente y rompa el marco inflexible que impide movimientos de fondos, de recursos humanos, de insumos físicos y de pacientes entre prestadores de servicios de salud.

Gasto

México registra un gasto público total relativamente bajo como porcentaje del PIB (21.9%, aproximadamente la mitad de la media de los países de la OCDE) y la información disponible muestra un comportamiento errático en el gasto total en salud. En 2004 fue de 6.0% como proporción del PIB, decreció a 5.7% los siguientes dos años y se recuperó en 2009. De acuerdo con los datos correspondientes a 2010 el gasto total en salud fue de 6.3%, valor que no alcanzó las expectativas del 7% del PIB establecida. La participación entre gasto público y privado fue del 49% para el primero y 51 para el segundo registrando, en este último un 94.3% como gasto de bolsillo y el restante 5.7% como gasto en seguros y gastos médicos⁵¹. Conforman el gasto público las erogaciones correspondientes a la seguridad social, a la secretaría de salud y a los servicios estatales de salud.

El valor alcanzado de gasto sanitario se encuentra más de 3 puntos porcentuales por debajo del promedio de los países de la OCDE (9.3%) y esta proporción es la segunda más baja de todos los países de la OCDE, después de Turquía y Estonia. También está por debajo del promedio de los países de la OCDE en cuanto al gasto en salud per cápita, con un gasto de 977 USD en 2010 (ajustado por poder de paridad de compra), comparado con el promedio en los países de la OCDE que es de 3339 USD.

Por otro lado, comparado con países de América Latina de desarrollo medio, México registra mayor gasto desembolsado por los pacientes (gasto privado). El alto gasto de bolsillo indica que la población utiliza servicios privados porque los percibe de mejor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos (OCDE 2012). Los datos de las encuestas de salud y nutrición (ENSANUT 2006 y 2012) revelan que entre las personas atendidas en diferentes prestadores, la percepción de calidad es mayor en los prestadores privados⁵².

Según las cifras publicadas en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el gasto en salud se incrementó de manera importante, pasando de 188,264 millones de pesos en 2000 a 630,633 millones de pesos en 2011. Los rubros en que proporcionalmente se observaron mayores incrementos fueron el gasto federal (4.3 veces) y el gasto de la población sin seguridad social (4.2 veces). Al mismo tiempo se afirma que el incremento del gasto registrado durante los últimos años no se ha traducido en un aumento equitativo de la disponibilidad de servicios médicos (expresados en camas hospitalarias, consultorios, médicos y enfermeras) y que persisten las brechas entre regiones caracterizadas por las carencias y precariedades de los servicios de salud⁵³.

Provisión de servicios y modalidad de pago

La oferta de servicios de salud es baja en comparación con los estándares de la OCDE, en prácticamente todas las dimensiones donde hay datos disponibles, México está por debajo del promedio de los países miembros.

En el sector privado la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas. Se calcula que alrededor de 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas.

Infraestructura y distribución geográfica

Los indicadores generales de infraestructura medidos como cantidad de camas de hospital por habitante muestran que para el año 2011 México registró 1.7 por cada 1000 habitantes por debajo del promedio de la OCDE de 4.8 por cada 1000 habitantes y también por debajo de la media latinoamericana (conjunto de países de ingresos medios altos) que fue de 2.2 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes.

La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la tomografía axial computarizada (TAC) o la Imagen por Resonancia Magnética (IRM) se ha extendido rápidamente en la última década en todos los países de la OCDE, los registros muestran que el número de IRM es mucho más bajo en México, con 2.1 por millón de habitantes, que el promedio de la OCDE de 13.3 por millón de habitantes. El número de TAC en México es de 4.8 por millón de habitantes en el 2011, también más bajo que el promedio de la OCDE de 23.2. En términos generales se afirma que existe un considerable grado de precariedad y una mala distribución de la infraestructura para la atención de la salud que se traduce en desigualdad en el acceso a los servicios. Esta situación ha generado una particular preocupación dado que los datos muestran que el país no avanzó entre 2006 y 2010 sino que mantuvo el mismo número de camas hospitalarias por cada 1,000 personas. También la disponibilidad de consultorios para la población sin seguridad social es precaria y desigual entre los estados y entre municipios de un mismo estado⁵⁴.

Modalidad de pago por tipo de oferente

Los servicios y programas de la secretaría de salud han iniciado un proceso de integración del presupuesto con base en resultados, la administración pública aplica el Sistema de Evaluación del Desempeño, a través del cual monitorea los principales indicadores de resultados de los programas públicos, entre los cuales destacan los de salud. Algunos organismos continúan con *presupuestos históricos*.

Para facilitar las formulaciones presupuestarias y realizar las transferencias a servicios y programas el Ministerio de Salud cuenta con una base de datos de salud integrada y un sistema común de tarifas para todos los organismos de cobertura sanitaria. El IMSS utiliza los GRD para medir el producto hospitalario, evaluar los resultados e introducir mejoras en su operación.

El fondo de gastos catastróficos paga por tratamiento en servicio acreditado, los servicios públicos y privados tienen igual tarifa, el producto es la persona atendida.

Resultados del sistema

Indicadores de salud, principales desigualdades

La mejora en los indicadores de estado de salud de la población se inicia en los años 60, desde ese momento México muestra el aumento más grande, en términos de esperanza de vida, registrado por la OCDE entre sus países miembros, con una progresión de casi 18 años. Sin embargo, con 74.2 años en el 2011, la esperanza de vida al nacer en México es, todavía, inferior en 6 años al promedio de la OCDE (80.1 años). Cabe mencionar que, en las últimas décadas, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todos los países de la OCDE gracias a una mejor calidad de vida, a las intervenciones de salud pública y al progreso e introducción de nuevas tecnologías en la atención sanitaria. Algo similar ocurre con la mortalidad infantil ya que muestra una reducción sostenida durante las últimas décadas (92.3 muertes por 1000 nacidos vivos reportadas en 1960) pero aún es la más alta entre los países de la OCDE, con 13.6 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2011, en comparación con el promedio de la OCDE de 4.1.

Cuadro N° 9

Indicadores del estado de salud de la población para México y el conjunto de países que integran la OCDE, 2011.

Indicador	México	OCDE *
Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos	74.2	80.1
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	17.6	19.3
Bajo peso al nacer (a)	8.6	6.8
Tasa de mortalidad infantil (b)	13.7	4.1
Razón de mortalidad materna (c)	43.0	7.3
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte (e)	14.4	7.7

Notas: a) por 100 nacidos vivos; b) por 1,000 nacidos vivos; c) por 100,000 nacidos vivos; e) por 100.000 habitantes; * Estimado con datos de 2011 o del último año disponible para cada país.

Fuente: INEGI/SS (2012a) y OECD (2013a).

Uno de los problemas de salud en aumento es la obesidad, factor agravante en patologías como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. En México, la tasa de obesidad en la población adulta –basada en medidas reales de tamaño y peso– era de 32.4% en el 2006 (en comparación con una tasa de 24% en el 2000), este valor representa la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de los Estados Unidos (36.5% en el 2010).

Dadas las disparidades geográficas mencionadas y de la desigual distribución del ingreso de la población residente en las distintas entidades federativas resulta importante observar el agrupamiento en regiones de acuerdo a variaciones epidemiológicas e indicadores de salud (Arredondo, 2001).

*a.– **Transición avanzada.** Incluye los estados del país que se caracterizan por una baja mortalidad tanto infantil como en los adultos (por debajo del promedio nacional). Está compuesta por nueve entidades federativas: Distrito Federal, Nuevo León, Tamaulipas, Sonora, Coahuila, Baja California Sur, Sinaloa Aguascalientes y Nayarit.*

*b.– **Transición intermedia.** Incluye seis estados con mortalidad baja en los niños y alta en los adultos. Estados: Baja California, Chihuahua, Colima, Jalisco, Tabasco y Morelos.*

*c.– **Transición incipiente.** Presente en aquellos estados con una mortalidad infantil media y baja en adultos. La conforman siete estados: San Luis Potosí, Zacatecas, Guanajuato, Tlaxcala, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.*

*d.– **Rezago diferencial.** En esta región se combinaron dos características. Por un lado, la mortalidad infantil es superior al promedio nacional, aunque inferior al percentil 75, y la mortalidad en adultos también es superior al promedio nacional; por el otro, este perfil es mucho más marcado en el medio rural que en el urbano. Estados: Durango, Michoacán, Querétaro, Veracruz y Estado de México. Los cinco estados –del centro del país– que conforman esta región muestran el mayor contraste entre sus áreas rurales y urbanas.*

*e.– **Rezago extremo.** Se identifica por tener la mortalidad más elevada, tanto infantil como en los adultos (ambas por arriba del promedio nacional). Estados: Hidalgo, Guerrero, Puebla, Chiapas y Oaxaca. Los estados que forman esta región son lo más pobres y se ubican fundamentalmente en el sur del país.*

Percepción de los ciudadanos

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012 muestra que más del 80% de los usuarios de los servicios de salud califican la calidad de la atención como “buena” o “muy buena”. En algunas instituciones como PEMEX y SEDENA los porcentajes de aprobación se acercan al 100%. El sector privado registra una aprobación alrededor del 90% mientras que en el IMSS el 77% de sus afiliados se manifiestan “satisfechos” o “muy satisfechos” con los servicios que reciben y 85% recomendaría su unidad regular de atención.

Sin alterar la percepción favorable sobre la calidad de los servicios que reportan los usuarios, la ENSANUT 2012 registra las importantes diferencias en los tiempos de espera. En los servicios privados los tiempos de espera son la tercera parte de los que se presentan en las instituciones de seguridad social, y la sexta parte de lo reportado en los servicios de las secretarías de salud estatales (es decir, los servicios financiados por el SPSS).

Los tiempos de espera en instituciones públicas tienden a ser muy largos. Para recibir atención ambulatoria el IMSS presenta un tiempo promedio de espera de 91 minutos. En las instituciones privadas el tiempo promedio de espera es de 30 minutos. Alrededor de 70% de los usuarios esperan menos de 15 minutos para recibir atención, aunque 13% esperan más de una hora. Una queja común entre los usuarios de los servicios públicos se relaciona con los largos periodos de espera para cirugías electivas.

Dentro de los temas a mejorar relacionados con la calidad del sistema se menciona el alto porcentaje de partos que se resuelven por cesárea (alrededor de 40% en los servicios estatales de salud) y la baja cobertura de control metabólico de los pacientes con diabetes (25%).

Acceso a los servicios

El acceso a los servicios es dispar entre las entidades federativas y entre las localidades o municipios de cada entidad. Es posible afirmar que la disponibilidad de consultorios se reduce a medida que aumenta el nivel de marginación de los municipios. A pesar de las brechas, más del 80% de la población tiene buen acceso a servicios aunque la distribución geográfica de la infraestructura genera concentraciones ineficientes en algunos lugares y deja población sin acceso (CONEVAL, 2013). El 15.6% de la población tiene algún grado de acceso y 2.8% de la población no cuenta con acceso geográfico; esta última equivale a 3.2 millones distribuidas en muchas localidades.

Equidad en la asignación de los recursos

Los mecanismos actuales de asignación de recursos (financiamiento) cumplen con diversas leyes y reglamentos como la Ley de Coordinación Fiscal, la Ley General de Salud, la Ley del IMSS y el Fondo de Aportaciones para los servicios de salud⁵⁵. Por lo tanto, la distribución del gasto no se realiza a través de un fondo único, en el que se concentren los recursos, ni cuenta con reglas únicas.

Se destaca que las expectativas del gobierno federal relacionadas con la introducción del Sistema de Protección Social en Salud de disminuir inequidades no se han cumplido ya que se esperaba, entre otros impactos, que los gobiernos estatales, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) administraran los recursos de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social⁵⁶ y organizaran una mayor y mejor provisión de servicios de salud comprando tanto al sector público como al privado pero, aún no se ha podido generar un mercado de servicios de salud en el país.

Entre las principales innovaciones introducidas durante los últimos años en la gestión se encuentra el acceso a la información que tiende a mejoras en el acceso y calidad de ñps servicios. El Instituto Federal de Acceso a la Información obliga a todas las instituciones públicas a la creación de portales de transparencia a través de los cuales los ciudadanos tienen posibilidad de solicitar toda la información pública disponible, este Instituto ha sido creado y opera de conformidad a lo establecido en la “Ley Federal de transparencia y acceso a la información Pública”.

Perspectivas y desafíos (futuro)

A pesar de los esfuerzos realizados durante las últimas décadas subsiste, en México, la necesidad de enfrentar grandes desafíos entre los que se encuentra una elevada mortalidad materna e infantil, un alto gasto de bolsillo, el inequitativo acceso a los servicios y las diferencias en la calidad de los servicios que brindan los estados. A partir de este diagnóstico se han delimitado algunas áreas de intervención para mejorar el Sistema Nacional de Salud.

Síntesis de las recomendaciones

Disminución de la segmentación y fragmentación del sistema

Aumento de la rectoría del Estado en el orden federal y estatal

Incremento en el financiamiento público en salud con mayor eficiencia en las asignaciones

Desarrollo de un modelo único de atención estructurado sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basados en la Atención Primaria

Fortalecimiento del primer nivel de atención para lograr una adecuada respuesta a la nueva situación epidemiológica

Mejora en la distribución de recursos humanos, particularmente en las áreas más alejadas y con población más vulnerable;

Mayor control de resultados e impacto de los incentivos

Disponer y monitorear un plan estratégico que contenga actividades relacionadas con el cierre de brechas, formación, competencias, carrera sanitaria y homologación de sistemas contractuales

Monitorear la cobertura a partir de un padrón único, paso inicial de un Sistema Universal de Salud

Fuente: OPS/OMS (2013)

El Plan Nacional de Desarrollo 2013/2018 se ha propuesto alcanzar el acceso universal en salud asegurando el acceso efectivo a servicios de calidad. De esta manera se refuerza el objetivo de lograr un sistema en el que la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y, especialmente, su condición laboral tenga acceso a los servicios de salud.

Se detallan a continuación algunos puntos de debate acerca de las modificaciones a incorporar para dar cumplimiento a los desafíos y a las pautas del Plan Nacional de Desarrollo:

Construcción de un fondo único: FUNSALUD considera que debe ser, inicialmente, integrado en forma mixta, financiando un conjunto de beneficios universales garantizados a través de impuestos generales y conservando una proporción del financiamiento a través de cuotas obrero-patronales. Supone que, en la medida en que se vayan incorporando beneficios universales, la proporción de la aportación patronal y de beneficiarios iría disminuyendo gradualmente. Los únicos beneficios que finalmente se conservarían, financiados a través de cuotas obrero patronales, serían los accidentes y enfermedades de trabajo, que corresponden a un capítulo distinto de la seguridad social.

Para la construcción de este fondo y el incremento de recursos indispensable para garantizar la universalidad de servicios de salud es necesaria una reforma fiscal que logre una combinación de gravámenes sobre el consumo general y el ingreso y, además, la posible incorporación o redistribución de impuestos especiales para que por ley tengan como destino específico financiar la atención médica.

Julio Frenk, ex secretario de salud y actual decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, señala que la creación de un sistema único de salud requiere de una nueva generación de reformas: i) una reforma legal, que comprende cambios a la Constitución y a las leyes de seguridad social, que convierta a la protección social en salud en un derecho ciudadano y no solo laboral; ii) una reforma financiera para crear un fondo único de salud con el que se financie un paquete de servicios esenciales y de alta especialidad al que tendrían derecho todos los mexicanos independientemente de su condición laboral o estatus socioeconómico, y iii) una reforma en el modelo de atención que privilegie la promoción de la salud y la prevención y que permita diversificar los espacios de atención.

REFLEXIONES FINALES

En este estudio intentamos reconocer de qué manera el carácter federal de los países moldea sus sistemas de salud e influye en su evolución. Si bien hallamos que los tres países que analizamos tienen distintos puntos de partida tanto en la conformación de las instituciones políticas como en la organización del sector salud, también pudimos concluir que el federalismo imprime a sus sistemas de salud rasgos distintivos aun cuando éstos sean particulares para cada uno de los casos.

Como vimos que sucedía con los procesos de reforma de otros países⁵⁷ también el balance entre los gobiernos centrales y regionales está evolucionando constantemente en las federaciones en busca de un equilibrio entre las necesidades y expectativas de los ciudadanos que residen en territorios heterogéneos, los cuales muchas veces también cuentan con historias y culturas diferentes.

Así, tanto en la estructura propia de la organización política de los países analizados como en sus sistemas de salud, se registran continuos cambios en la delegación de facultades y en las modalidades de descentralización (centralización) de responsabilidades adoptadas entre los distintos niveles de gobierno y entre las instituciones⁵⁸.

Lo que tienen en común los tres casos analizados es que la resolución de posibles conflictos o la consolidación de nuevas reglas de juego se logra a través de acuerdos que se plasman en modificaciones constitucionales y normas legales específicas referidas tanto a la asignación de funciones como al acceso a los recursos necesarios, asumiendo el gobierno central la garantía de derechos.

La estructura del actual sistema de salud de cada uno de los sistemas estudiados reconoce como antecedente reformas constitucionales iniciadas a principio de los 80 y desarrollos posteriores a través de sucesivas modificaciones introducidas desde ese momento hasta la actualidad⁵⁹.

Es de resaltar la existencia de espacios e instituciones de participación de la sociedad civil y sus organizaciones, las que intervienen en el diseño de las políticas sanitarias, evalúan sus resultados, proponen cambios y logran los acuerdos básicos necesarios, en algunos casos con una larga y fecunda trayectoria⁶⁰.

No menos importante son las modalidades adoptadas en las interrelaciones interjurisdiccionales e interinstitucionales y en los procesos desplegados para alcanzar acuerdos operativos. Muchos de los cambios presentados en la descripción de la evolución de los sistemas de salud pueden ser asociados a las soluciones encontradas por las distintas autoridades e instituciones para resolver los problemas de articulación que permitieran cumplir con los objetivos sanitarios finales.

El sostenimiento de esta ingeniería institucional ha requerido la construcción de sistemas de información capaces de brindar datos adecuados para la planificación y la evaluación además de otorgar transparencia para la rendición de cuentas entre niveles y ante la sociedad y con datos suficientes para realizar tanto comparaciones entre los territorios como a través del tiempo⁶¹.

Si bien los países estudiados comparten algunas variables relevantes como la extensión territorial, la heterogeneidad de la población y la distribución desigual de los recursos naturales que da lugar a inequidades estructurales, presentan particularidades en relación a las condiciones de propiedad de los recursos, la responsabilidad por la garantía de los derechos y el grado de autonomía en la administración de los fondos de los gobiernos subnacionales.

En cuanto a la ecuación del financiamiento –total, público y relativo de los gobiernos centrales y los subnacionales–, cabe señalar el bajo nivel de gasto público y el alto componente de gasto privado en salud, evidente en Brasil y México pero incluso en Canadá si se lo compara con otros países de la OECD.

Esta situación parece corroborar las conclusiones de un gran número de estudios que concluyeron que el federalismo y la descentralización crean varios tipos de barreras que restringen la expansión del estado de bienestar y su carácter redistributivo ya que al incrementar el número de lugares de representación política, multiplica el número de puntos de veto frente a los cuales las acciones pueden retrasarse, diluirse o fracasar (Banting et al, 2002).

Como consecuencia de ello, a pesar de los esfuerzos evidentes por disminuir las brechas se siguen verificando desigualdades inequitativas entre regiones y entre grupos de diferente nivel de ingreso, más marcadas en Brasil y México.

Por otra parte a lo largo de los últimos años, en Canadá y México aumentó la proporción de transferencias del gobierno central a las unidades subnacionales, mientras que en Brasil por el contrario creció la participación de los estados. Sin embargo, aunque “el dinero es poder y el mando sobre los recursos influye en el balance político entre niveles de gobierno en las federaciones” (Banting et al, 2002) importa el papel que cada nivel cumple en cuanto a la definición de marcos generales de la política de salud y en este sentido, en los tres países el gobierno central tiene un rol preponderante⁶².

La información disponible muestra la complejidad de los sistemas y la posibilidad de estudios desde diversas perspectivas en un contexto dinámico. Se espera que este estudio despierte el interés por completar los conocimientos y enriquecer los análisis que faciliten el abordaje de los desafíos de nuestro sistema de salud.

Finalmente se presenta, con esta perspectiva, una síntesis de la evolución de los sistemas de salud de Brasil, Canadá y México.

Brasil

Desde el establecimiento del SUS, su configuración estuvo asociada al carácter del federalismo brasileño y a la búsqueda de un financiamiento estable. El SUS nació con una impronta descentralizadora pero dependiente del financiamiento federal y a lo largo de los años se perciben cambios en la relación Unión–Estados–Municipios que fueron adecuando las responsabilidades delegadas y el grado de autonomía en la disponibilidad de recursos para afrontarlas.

No fue ajena a estos cambios la tensión entre la mejor intención de descentralizar para optimizar la relación entre el sistema de salud y la comunidad y la política de contención de gastos.

La participación de las tres esferas de gobierno se fue modificando a lo largo del periodo de vigencia del SUS desde un 60% federal, 18,5% estadual y 21,7% municipal hasta el 45%, 26,7% y 28,6%, respectivamente. También fue variando la influencia del gobierno central en cuanto a la asignación de los recursos al disminuir las condicionalidades de las transferencias.

Si bien se observan importantes reducciones en las brechas entre regiones tanto en recursos disponibles como en resultados de salud, lo que supone una política activa orientada a tal fin, el análisis de los niveles de gasto relativo y absoluto por regiones no permite una conclusión clara en ese sentido.

El bajo porcentaje del gasto público en relación al PBI y al gasto en salud total es percibido como una limitante para alcanzar los objetivos que se propuso al SUS y explica, en parte, las desigualdades en acceso, utilización, satisfacción y esfuerzo financiero entre grupos sociales de distinto nivel socioeconómico.

Algunos autores consideran que los desafíos enfrentados son de carácter político y en este sentido tal vez corresponda recordar que la reforma del sistema de salud fue promovida por movimientos de profesionales y organizaciones de la sociedad civil. Tal vez este origen haya acelerado la conformación de un sistema que debe ir consolidándose en un proceso de permanente negociación y generación de acuerdos.

Parece interesante resaltar dos aspectos del SUS relacionados con este punto: la creación de organismos destinados a facilitar el encuentro, búsqueda de consensos y articulación de políticas y recursos entre los tres niveles jurisdiccionales involucrados. Por otro lado, la institucionalización de espacios para la participación ciudadana que intentan democratizar las definiciones de las políticas de salud, facilitar el control social sobre el estado y profundizar la noción de la salud como un derecho.

Finalmente, cabe señalar que este objetivo no podría alcanzarse sin la disponibilidad de información de acceso público como la que se ha encontrado para la realización de este estudio.

Canadá

El sistema de seguro canadiense ha transitado procesos de cambios y ajustes muy importantes en las dos últimas décadas, en la base de los cuales ha estado la persistente búsqueda de respuestas más eficientes dentro del marco de los parámetros que lo rigen desde sus inicios en 1984.

Resulta destacable la influencia política del nivel federal para sostener los principios básicos del sistema establecidos en la Ley de creación del sistema (*Canada Health Care Act*). Siguiendo estos principios el *Medicare Canadiense* asegura el acceso a una cobertura universal de todos los servicios médicamente necesarios, en el marco de un sistema administrado públicamente. Las diferentes medidas de cambio que han sido asumidas, han confluído en la afirmación de estos principios, que se sostienen más allá de las situaciones conflictivas que han puesto en cuestión la sostenibilidad financiera del modelo y a pesar de que la opinión pública acompañe estos procesos con una mirada crítica.

En su trayectoria el sistema ha dado lugar a un creciente grado de descentralización operativa. Los cambios incorporados en la financiación de los servicios y las restricciones presupuestarias fueron dando lugar a mayores posibilidades de definir sus propias agendas de sus seguros provinciales y a una creciente diferenciación de las respuestas de cada provincia. Sin embargo, el nivel federal no dejó de cumplir su rol ni los parámetros de la Ley se relajaron ni aun cuando la contribución federal se redujo en durante la década de 1980 y de 1990, circunstancia en la que se podría haber esperado que se debilitara su legitimidad política (Banting et al, 2002).

Cómo se estructuran los sistemas es función de múltiples factores, entre ellos factores económicos, políticos, sociales y culturales. Como institución, el Sistema de Salud es parte de la identidad canadiense y motivo de orgullo para sus gobernantes y su población. Este fenómeno cultural es muy importante al intentar comprender cómo un sistema, desafiado como la mayoría de los sistemas por una serie de presiones que incluyen el envejecimiento poblacional, los cambios tecnológicos y necesidades de financiamiento creciente, sostiene su compromiso social en este campo. También este rasgo aporta elementos para analizar la centralidad del tema salud en la agenda pública. Una revisión del debate sobre el sistema de salud en Canadá, nos sorprende con la incursión de muy diversos actores en la discusión de cuestiones tales como la sostenibilidad financiera, la necesidad de transformaciones en la organización, el rol de distintos agentes, la calidad de los servicios y su oportunidad.

Resulta destacable, asimismo, que el sistema enfrente los desafíos antes señalados de manera activa y desde una perspectiva comprehensiva, incorporando una nueva forma de aproximación de los determinantes sociales de la salud, que se expresa en la definición de las prioridades como la de reforma de la atención primaria y de la atención domiciliaria. Consistente con estos esfuerzos, distintas comisiones designadas por el poder federal desarrollan investigaciones para documentar la situación del sistema y para identificar medidas innovadoras. Es evidente la decisión de concentrar esfuerzos para brindar servicios de salud de mayor calidad, con mayor equidad y sostener el sistema de financiación pública.

México

Durante los últimos años el sistema de salud mexicano incorporó un conjunto de reformas legales y financieras necesarias para garantizar la protección social en salud. Los principales cambios se inician en 1983 y 1984 con la incorporación en la Constitución del Derecho a la salud (Art. 4), la sanción de la Ley de general de salud con la reorganización y descentralización de servicios y la ampliación de los Institutos de calidad, con formación de recursos humanos para el 3º nivel de atención e investigación, distribuidos en todo el territorio.

En el diseño de los principales cambios que tienden a la cobertura universal se ha tenido en cuenta la necesidad de distinguir entre usuarios y pacientes y la calidad de las respuestas, que el sistema debe brindar, a sus necesidades y demandas. Los usuarios son todas las personas que deben tener acceso a servicios oportunos y de calidad en sus cuidados preventivos (en los que se incluye la educación para disminuir factores de riesgo) y atenciones en los episodios agudos leves y los pacientes son las personas que padecen enfermedades crónicas, particularmente patologías crónicas degenerativas.

En el año 2003 estos objetivos se plasman en la reforma a la Ley general de salud que crea el Sistema de protección social con su brazo operativo, el Seguro popular además del compromiso de incrementar los recursos financieros del gobierno Federal destinados a la salud de la población. La evaluación de los avances relacionados con la cobertura universal y el funcionamiento del Seguro popular a diez años de su inicio muestra que se expandió considerablemente la afiliación o cobertura, que en un primer momento esto saturó los servicios, que se incrementan las prestaciones incorporadas en el catálogo dado que en algunos Estados se han presentado presiones por incorporar prestaciones que responden a los perfiles epidemiológicos y determinantes de la salud propios de la región. Otro punto que se destaca es que la relación con los recursos humanos aún es conflictiva, en muchos casos no están totalmente formalizadas las condiciones de trabajo.

En cuanto el estado de salud de la población las estadísticas registran una importante disminución de la mortalidad infantil, la mortalidad general muestra que dos tercios corresponde a mayores de 60 años, un aumento de la esperanza de vida y un mayor peso relativo de los problemas asociados a las enfermedades crónicas, nutrición y salud mental.

La arquitectura financiera tiende a la reducción de las brechas entre estados e instituciones situación que seguirá en el futuro dado que la presión por mayores gastos se intensifica por el envejecimiento de la población y el impacto de las nuevas tecnologías sanitarias que ofrecen tratamientos para muchas patologías crónicas. La secuencia propuesta por las autoridades y que es reflejo de las recomendaciones de especialistas es avanzar en un abordaje integral que facilite ordenar y jerarquizar los desafíos del sector y de las políticas sociales, en general, e incorporar las demandas relacionadas con los nuevos conocimientos.

Para enfrentar los nuevos desafíos se propone continuar gradualmente con los cambios ya iniciados, acordar los avances entre el estado federal, las entidades federativas y los municipios, romper la fragmentación que aún domina el escenario e integrar el sistema horizontalmente a través de las siguientes funciones: regulación o rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos. Para ello es necesario completar la reforma legal, financiera, gerencial e institucional. El impacto esperado de las acciones contempladas en las reformas mencionadas será una autoridad centralizada en la Secretaría de salud, un financiamiento suficiente administrado por el Seguro universal que contará con la agregación de fondos existentes más nuevas inversiones, reconocimiento de autoridad competente para certificar los servicios de instituciones públicas y privadas y la generación de recursos, en ámbitos públicos y privados adecuadamente regulada tanto en lo que atañe a los recursos humanos como los físicos y, también a la investigación y desarrollo. A partir de esta perspectiva integral se podrá avanzar hacia el acceso efectivo y de calidad que garantice bienestar para toda la población⁶³.

ANEXO

Recursos Humanos

Médicos y enfermeros por mil habitantes y país

Recursos Humanos	Brasil (1)	Canadá (2)	México (3)
Médicos por 1000 habitantes	1.86	2.4	2.2
Enfermeros por 1000 habitantes	1.5	9.3	2.7

Fuente: (1) Ministerio de la Salud 2010; (2) OECD 2011; (3) OECD 2011

REFERENCIAS

- 1 Ortega y Gasset, José (1973). La redención de las provincias. Revista de Occidente. Madrid.
- 2 Tobar, F (2004). Políticas de Descentralización en salud. Tesis doctoral defendida en la Carrera de Doctorado en Ciencias políticas de la Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- 3 Riversi, F (1978). Descentralización y Centralización. Diccionario de Política. Bobbio.N y Neugerri, México, Editora Siglo XXI.
- 4 Deil S. Wright (1997). Para entender las relaciones intergubernamentales. Fondo de Cultura Económica –Universidad Autónoma de Colima- Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. Sección de Obras de Administración Pública, serie Nuevas Lecturas de Política y Gobierno. México, 1997.
- 5 Rodríguez Richeri, P & Tobar, F (2004). Hacia un Federalismo sanitario efectivo. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- 6 Musgrove, Philip (2001). La protección en salud en América Latina: ¿Qué debería hacer el Estado?.En: CIPPEC- Grupo Columbus. Hacia un nuevo Estado en América Latina. Buenos Aires. Grupo Columbus. Páginas: 161-200.
- 7 Otros autores critican esta postura pero concuerdan con que los estados son actores importantes que ejercen influencia política sobre sus bancadas en el Congreso, sobre las elecciones municipales y la conformación de los partidos pero plantean la falta de evidencias para afirmar que la acumulación de poder de los gobernadores los haya transformado en “jugadores con poder de veto”. (Almeida en Lima Dias, 2006)
- 8 Los porcentajes por región son los siguientes: Regiones Norte (25,37%), Nordeste (52,46%) , Centro-Oeste (7,17%) , Sur (6,52%) y Sudeste (8,48%).
- 9 Entre 1984 y 1997 se crearon 1405 municipios, la mitad de los cuales contaba con menos de 5000 habitantes.
- 10 A diferencia de lo que ocurrió en México, donde la población autóctona era muy numerosa, con una organización social y política que le permitió subsistir y resistir el aniquilamiento, en Canadá la población nativa tenía menor peso tanto numérico, como organizativo, lo cual dio lugar a una más profunda imposición de la cultura colonizadora.
- 11 Interesante paralelo con lo que ocurrió en la Argentina donde se inicia la federación con un número limitado de provincias y en un proceso lento se van constituyendo los territorios en provincias, este proceso concluyó en la Argentina con la provincialización del total del territorio, la última Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en Canadá aún subsisten territorios no organizados como provincias y donde la ocupación poblacional sigue siendo escasa y con niveles de densidad muy bajos.
- 12 No fueron pocos los intentos de Estados Unidos por sumar a las provincias canadienses a su federación y hasta hubo enfrentamientos armados, como el de 1812. Por otra parte, Washington se había lanzado a la conquista de vastos territorios hacia el oeste y el sur (California, Texas, por ejemplo) y los habitantes del actual Canadá temían ser el próximo objetivo del vecino.
- 13 Entre 1861 y 1865, en Estados Unidos se desarrollaba la Guerra de Secesión que enfrentó a los estados del Sur y los del Norte.
- 14 Pacto entre Estados preexistentes en el que los estados delegaban ciertas facultades en el poder central y se reservaban las restantes (Art. 124).
- 15 <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>

- 16 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/weorept.aspx>
- 17 Por lo que el INAMPS aplicaba más recursos en los estados de las regiones sur y sudeste y en las ciudades de mayor tamaño.
- 18 <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>
- 19 De acuerdo con su Régimen Interno la composición del CNS es definida de la siguiente forma: cincuenta por ciento de los miembros representantes de entidades y de los movimientos sociales de usuarios del SUS, elegidos en proceso electoral directo; y cincuenta por ciento representantes de profesionales de salud, incluida la comunidad científica del área de la salud, entidades de prestadores de servicios de salud, entidades empresarias con actividad en el área de la salud, todos elegidos en un proceso de elección directa; los representantes del gobierno, del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y del Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (Conasems) son seleccionados por los respectivos dirigentes.
- 20 <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>
- 21 Según AMS-IBGE en 2009 los establecimientos con internación sumaron 6875; 58,7% eran privados y 41,3% públicos y el número de camas ascendía a 431.996, de las cuales 35,4% eran públicas y 64,6% privadas.
- 22 Más de 350 facultades con más de 97000 alumnos participan de este programa.
- 23 Es mayor en la Región Sudeste (54,2%), seguida de las Regiones Nordeste (19,4%) y Sur (15,0%) y menor en las Regiones Centro-Oeste (6,7%) y Norte (4,6%).
- 24 Según PNAD en 2008 25,9% de la población contaba con cobertura de planes de salud privados, 29,7% entre la población urbana y 0,6% en la población rural.
- 25 El crecimiento del gasto en salud en relación al PIB en 2009 puede ser parcialmente explicado por la caída del PIB, en volumen, en ese año y la relativa inelasticidad del gasto en salud.
- 26 Entre 2007 y 2009 el gasto público per cápita en consumo de bienes y servicios de salud presenta un crecimiento en valores corrientes de 28,4%. En tanto, el gasto per cápita privado subió en los mismos años un 19,6% en valores corrientes.
- 27 La última información disponible corresponde al año 2008.
- 28 En el caso de la Región Norte no hubo variación en porcentaje entre 2003 y 2008. Eso se debe, probablemente, al hecho de que a partir de 2004 la muestra del PNAD incluyó el área rural de la Región Norte.
- 29 En ese caso se pregunta cuándo fue al dentista la última vez.
- 30 Considerando la norma de una mamografía cada 2 años para las mujeres entre 50 y 59 años.
- 31 47,3% de los hombres que viven en las capitales basileñas presentan esta condición.
- 32 Posteriormente se une Manitoba en 1870, Columbia Británica en 1871, la Isla del Príncipe Eduardo en 1873, Saskatchewan y Alberta en 1905 y finalmente Terranova en 1949.
- 33 Ontario, Quebec, Nueva Escocia, Nuevo Brunswick, la isla del Príncipe Eduardo, Manitoba, Columbia Británica, Saskatchewan, las provincias marítimas, Terranova y Labrador, y Alberta.
- 34 Noroeste, Yukón y Nunavut.

- 35 De manera sistemática las autoridades federales, provinciales y de los territorios firman acuerdos o crean comisiones para mejorar el desempeño del sistema (a modo de ejemplo: en octubre de 1994 el primer ministro canadiense lanzó un foro nacional para la discusión sobre el sistema de salud (National Forum on Health-NFOH) que estuvo activo entre 1994 y -1997. En agosto de 1997, el Ministro de Salud estableció un Consejo Consultivo sobre Infraestructura de Salud (Advisory Council on Health Infrastructure) que funcionó entre 1997 y 1999, período en el que se debatió sobre las alternativas organizativas del sector dentro del modelo.
- 36 Es interesante notar que las características de la cultura local se plasmaron en los modos de elegir quienes integrarían estas comisiones y su modo de operar; distinguiéndose según mayor o menor participación ciudadana; desde elecciones directas de miembros y procesos consultivos permanentes en Saskatchewan a modos más corporativos en Quebec (Marmor, 2009).
- 37 El Informe Kirby, que toma el nombre del presidente de la Comisión del Senado que lo elaboró, planteó, desde una posición más abierta, la inclusión del sector privado y que el modelo sólo sería sustentable con cambios clave para mejorar su desempeño, en particular el de las largas listas de espera. En tanto, el informe de la Comisión Federal (Royal Commission) encabezada por Roy Romanof, ex-premier de Saskatchewan, argumentó fuertemente en contra de la incursión privada. Ambos estuvieron de acuerdo en una serie de medidas, entre ellas la necesidad de un mayor financiamiento federal, que luego fueron retomadas en diferentes medidas asumidas por el poder federal.
- 38 Los demandantes, el Dr. Jacques Chaoulli y el Sr. George Zeliotis, que iniciaron una demanda judicial por las larga espera para la atención tuvieron apoyo de distintas fuerzas políticas y representantes del senado, los argumentos giraron en torno a la contradicción del gobierno de no poder resolver adecuadamente la demanda de atención y, a la vez, prohibir los seguros privados que podrían resolver tal demanda.
- 39 Se consideran como residentes a las personas con derecho a permanecer en Canadá, y que habitualmente residen en el país. Se excluye a turista o quienes permanezcan en el país transitoriamente.
- 40 Este punto toma como base la información provista por el National Institute for Health Information (CIHI) 2014.
- 41 La categoría incluye una serie de componentes heterogéneos, tales como instalaciones de propiedad privada y la investigación en salud.
- 42 Se registran cambios en los tiempos de espera entre 2010 y 2012.
- 43 La natalidad se ha reducido desde los años setenta cuando en promedio una mujer tenía 6.1 hijos a lo largo de su vida, actualmente se calcula algo más de 2.
- 44 A pesar de la redistribución de tierras en los años '80, el problema de la repartición fue el detonante de la revuelta del Ejército de Liberación Nacional Zapatista en 1994
- 45 Chihuahua, Jalisco, Colima, Coahuila, Nuevo León, Sonora, Baja California y el Distrito Federal
- 46 El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía responsable de la información sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza, tiene como funciones principales: 1. Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y 2. Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

- 47 Con su creación, en 2003, el ejecutivo federal se planteó resolver los problemas de financiamiento de la salud entre los que se encontraban: elevar el nivel de gasto público (pues se reconocía su precariedad), resolver la distribución desigual del presupuesto entre entidades federativas y disminuir el gasto que realizan los pacientes al momento de su atención.
- 48 Estudios Económicos de OCDE, México 2013.
- 49 El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta al año 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva y en pobreza extrema. En 1974 el IMSS implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, este Programa ha pasado por diversos nombres.
- 50 Denominado también como Ramo 33.
- 51 El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta como parte de los productos del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), los resultados de la Cuenta satélite del sector salud de México (CSSSM)
- 52 Las encuestas también demuestran que las personas que se atienden en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención
- 53 En 2010, las entidades de alta o muy alta marginación –Guerrero, Chiapas, Puebla y Veracruz– fueron las que ocuparan los últimos lugares de gasto en salud per cápita; incluso, las de mayor marginación retrocedieron del lugar que ocupaban en 2004 ya que Guerrero pasó del lugar 27 al 28 y Chiapas del 25 al 31.
- 54 La información a nivel municipal muestra una variación que va desde cero consultorios hasta diez o más por cada 1,000 habitantes.
- 55 Mediante esta partida se transfieren los recursos para el programa Seguro Popular directamente a las entidades federativas.
- 56 El número de personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud es criterio de asignación pero no ha sido suficiente para eliminar las brechas en el financiamiento que reciben los gobiernos locales.
- 57 Lima Quintana, Laura et al, Las reformas de los sistemas de salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos. De la década del 90 al siglo XXI. Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires, octubre 2012.
- 58 El análisis y evolución de las organizaciones federales es visto como un proceso interactivo entre necesidades y realidades caracterizado por una progresiva convergencia (Carmagnani, 1995).
- 59 Puede mencionarse que el sistema de salud de Canadá nació en una de sus provincias y luego fue adoptado por la nación, mientras que en Brasil y México donde hasta pasada la primera mitad del siglo XX contaban con sistemas muy débiles, la actual configuración fue dada para todo el país desde normas nacionales.
- 60 En el caso de Brasil los movimientos sociales tuvieron gran influencia en la incorporación del derecho a la salud en la Constitución de 1984 y las Conferencias de Salud se han venido desarrollando desde 1941.
- 61 En el caso de México la obligatoriedad de la difusión pública de la información se encuentra en la normativa regulatoria del sistema.
- 62 Esto se ve tanto en la definición de estándares nacionales como en el desarrollo de programas de extensión de cobertura hacia poblaciones más vulnerables en Brasil y México.
- 63 Conceptos especialmente destacados por Julio Frenk Mora en la Conferencia El futuro del Sistema de Salud en México, en la Universidad de las Américas Puebla en 2013.

BIBLIOGRAFÍA

Arredondo, Armando (2001) Federalismo y Salud: Estudio de Caso Sobre el Sistema de Salud en México; en www.forumfed.org

Banco de México Reporte sobre las Economías Regionales

Julio – Septiembre 2013

Banco Mundial Datos estadísticos de Salud en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>

<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>

Banting, K. G. and Santley M. Corbett (2002) Health Policy and Federalism . A comparative Perspective on Multilevel Governance Queen’s University (Kingston, Ont.). Institute of Intergovernmental Relations, Queen’s University

Canadian Institute for Health Information (2013) . National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013. Executive Summary en http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NHEX_EXEC_SUM_2013_EN y https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012EN.pdf (

Carmagnani, Marcelo, coordinador (1993) Federalismos latinoamericanos, México, Brasil y Argentina. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

CNI-IBOPE (2012) Pesquisa CNI-IBOPE: Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública- CNI-IBOPE Brasília.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013), Encuesta de acceso a servicios de salud Cuadro 5.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2013a), Medición de la Pobreza 2013

DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

D’Ávila Viana, Ana Luiza; Luciana Dias de Lima y Roberta Gondim de Oliveira (2002) Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 493–507

Dias de Lima, Luciana (2006) Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

Dersky , Allan S. y David Naylor (2003) “*Canada’s Health System Reform Delayed*” *New England Journal of Medicine* Vol 349.8, 21 Agosto .

Estudios Económicos de OCDE, México 2013, 2011

Estadísticas de salud: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

Flood, Colleen M y Tom Archibald (2001) “The illegality of Private health in Canada” *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)* March 20, 2001 Vol. 164, No 6

Frenk Mora, Julio (2013) Conferencia “El futuro del Sistema de Salud en México”, Universidad de las Américas Puebla, Puebla.

Guillén López, T; *Federalismo, gobiernos locales y democracia México Evalúa*, Centro de Análisis en Políticas Públicas, A.C. Septiembre, 2011.’

Health Canada <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>

Hernandez Chavez, Alicia (1993) *"Federalismo y gobernabilidad en México"* en Federalismos latinoamericanos, México, Brasil, Argentina. Marcello Carmagnani Coordinador. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>

<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>

<http://www.inegi.org.mx/> Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2013

<http://www.monografias.com/trabajos10/fede/>

<http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/federalismo>

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/regulacaosanitaria>

<http://www.ans.gov.br/index.php/la-ans/antecedentes>

Indicadores de Desarrollo Social, Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación Año 2, núm. 48 • Enero 31 de 2013

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012) – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Contas Nacionais numero 37 Conta – Satelite de Saúde Brasil 2007–2009. IBGE, Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão –Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008–2009 Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010a) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Um Panorama as Saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde . IBGE,Rio de Janeiro

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010b) – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Estatísticas da Saúde Assistência Médico–Sanitária 2009.Rio de Janeiro 2010

Jackman, Martha () *"The Last Line of Defence for (Which) Citizen":: Accountability, Equality and the Right to Health in Chaoulli* Osgoode Hall Law Journal,Volume 44, Number 2, York University Symposium on Chaoulli Guest Editor: Bruce Ryder

JARQUÍN OROZCO, SARAÍ CITLALLI (2008) "LA POLÍTICA EXTERIOR DE CANADÁ FRENTE A LAS RELACIONES INTERNACIONALES DE QUEBEC" Universidad del mar, Hualtulco, Mexico. Tesis de Licenciatura http://www.umar.mx/tesis_HX/TESIS_UMAR_HUATULCO/JARQUIN-OROZCO-RI/JARQUIN-OROZCO-RI.pdf

La Forgia, Gerard M. and Bernard F. Couttolenc: Hospital Performance in Brazil The search for excellence. The World Bank. Washington DC.

Leiras, Marcelo (2013) "Las contradicciones aparentes del federalismo argentino y sus consecuencias políticas y sociales" en Carlos H. Acuña Gobierno, ¿Cuánto Importan las Instituciones?: Estado y Actores en la Política Argentina. Siglo XXI, Serie Estado y Políticas, Buenos Aires.

López Arellano, Oliva; Rivera Márquez, José Alberto y Blanco Gil, José (2011). «Determinantes sociales y salud–enfermedad en México. Cambios rupturas y perspectivas». En Chapela Mendoza, María del Consuelo y Contreras Garfias, María Elena (coords.).La salud en México, pp. 93–124. Xochimilco: UAM–X.

Marmor Theodore R, Richard Freeman y Kieke G. H. Hokma (2009) Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care, Yale University Press, New Haven and London

Mendes Santos Servo, Luciana, Sérgio Francisco Piola, Andrea Barreto de Paiva y José Aparecido Ribeiro (2011) *Financiamento e Gasto Público de Saúde: Histórico e Tendências*: en Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. Ipea, Brasília

OECD (2014) Health data 2013. How does Canada Compare en <http://www.oecd.org/health/health-systems/Briefing-Note-CANADA-2013.pdf> consultado el día 10/2/2014

OCDE (2014a) Bases estadísticas en Salud <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

OECD Health statistics 2013

OCDE Better Life Index (2013a) Canadá en ecdbetterlifeindex.org/es/topics/health-es/

OMS. Observatorio Mundial de la Salud <http://www.who.int/countries/can/es/>. Consultado el día 8/10/2013

Organização Pan-Americana da Saúde (2008) Indicadores Básicos para a Saúde do Brasil: conceitos e aplicações. OPS, Brasília.

OPS/OMS en México (2013). Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. OPS, México, D.F.

OPS (2013a), La Salud de Las Américas, 2012. Volumen de Países .http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?gid=195&option=com_docman&task=doc_view

Parlamento de Canadá (2002) The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. en <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoct02vol6-e.htm>

Programa Mineiro de Empreendedorismo e Gestão para Resultados Municipais (2013): Gestão do SUS. Belo Horizonte.

República Federativa de Brasil/ Constitución Política de 1988 Última actualización: Noviembre, 2008

Robles, Claudia y Vlado Mirosevic (2013): Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe – Brasil. CEPAL. Santiago de Chile.

Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011

Soroka, Stuart N. (2011) Public Perceptions and Media Coverage of the Canadian Health System: a Syntesis. A Report to the Canadian Health Services Research Foundation www.chsrt.ca

Stepan, Alfred (1999) Federalism and Democracy: Beyond the U.S. Model. Journal of Democracy 10.4: 19–34, National Endowment for Democracy and the Johns Hopkins University Press

UNDP (2013) – Human Development Report 2013 The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York, UNDP.

Viacava, Francisco (2010), Acceso e uso de los serviços de saúde pelos brasileiros. . Radis, Comunicacao e saúde, N° 96, vol Agosto 2010.

Watts, Ronald L. (1996) Comparing Federal Systems in the 1990's, Queen's University, Ontario.

Woodward (1992) Federalism Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS) Routledge
WWW.OECD.Org/Mexico

LISTADO DE SIGLAS

Brasil

AB: Atención Básica

ANS: Agencia Nacional de Salud Suplementaria

ANVISA: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria

CF 1988: Constitución Federal de 1988

CIB: Comisiones Intergestoras Bipartitas

CIR: Comisiones Intergestores Regionales

CIT: Comisiones Intergestoras Tripartitas

CNI – IBOPE: Centro Nacional de la Industria – Instituto Brasileño de Opinión Pública y Estadísticas

CNS: Consejo Nacional de Salud

CONASEMS: Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud

CONASS: Consejo Nacional de secretarios Estatales de Salud

COSEMS: Consejo Estatal de Secretarios Municipales

CPMF: Contribución Provisoria sobre los Movimientos Financieros

DF: Distrito Federal

DHM: Desarrollo Humano Municipal

EC-29: Enmienda Constitucional 29

ESAMS: Estadísticas de Salud Asistencia Médico Sanitaria

FPE: Fondo de Participación de los Estados

FPM: Fondo de Participación de los Municipios

FSESP: Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública

IBGE: Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas

INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social

INPS: Nacional de Seguridad Social

MS: Ministerio de Salud

NOAS: Normas Operacionales de Asistencia

NOB: Normas Operacionales Básicas

PAB: Pisos de Atención Básica

PBI: Producto Bruto Interno

PNAD: Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

SAH: Sistema de Autorización para Hospitalización

SES: Secretaría de Estado de Salud

SIA: Sistema de Información de Cuidados Ambulatorios

SIOPS: Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud

SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria

SUDS: Sistema Unificado y Descentralizado de Salud

SUS: Sistema Único de Salud

SUSEP: Superintendencia de Seguros Privados

Canadá

ACHI: Consejo Consultor para la Infraestructura de Salud (Advisory Council on Health Infrastructure)

BNA: Acta Norteamericano Británica (British North America Act)

CIHI: Instituto para la Información en Salud de Canadá (Canadian Institute for Health Information)

CHT: Transferencias de Salud de Canadá (Canadá Health Transfer)

CHST: Transferencias Sociales y de Salud de Canadá (Canadá Health and Social Transfer)

CHA: Ley de Salud de Canadá (Canada Health Act).

CMA: Asociación Médica Canadiense (Canadian Medical Association)

EABN: Estatuto de la América Británica el Norte

FMC: Conferencia de Primeros Ministros (First Ministers' Conference)

NFOH: Foro Nacional de Salud (National Forum on Health)–

México

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

DGIS: Dirección General de Información en Salud

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

ENSA: Encuesta Nacional de Salud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FASSA: Fondo de aportaciones a los servicios de salud

FPCGC: Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LCF: Ley de Coordinación Fiscal

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

PAE: Programas de Acción Específico

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PROIGUALDAD: Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013–2018

SICUENTAS: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SIRES: Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud